ZDZISŁAW GAJDA

HISTORIA MEDYCYNY DLA KAŻDEGO

ZDZISŁAW GAJDA

HISTORIA MEDYCYNY
DLA KAŻDEGO

FRONDA

HISTORIA MEDYCYNY DLA KAŻDEGO
Wyd II

Wydanie I ukazało się w roku 2011 nakładem Wydawnictwa WAM p.t.
Do historii medycyny wprowadzenie

Projekt okładki, fotoedycja,
Fahrenheit 451

Redakcja i korekta wydania I
Barbara Cabała

Władysława Bulsza
Magdalena Sokołowska

W książce wykorzystano zdjęcia z wolnych zasobów Internetu

Dyrektor wydawniczy
Maciej Marchewicz

ISBN 9788380795983

Copyright © by Zdzisław Gajda
Copyright © for Fronda PL Sp. z o.o.,
Warszawa 2021

Wydawca
Wydawnictwo Fronda Sp. z o.o.
ul. Łopuszańska 32
02-220 Warszawa
tel. 22 836 54 44, 877 37 35
faks 22 877 37 34
e-mail: fronda@fronda.pl

www.wydawnictwofronda.pl

www.facebook.com/FrondaWydawnictwo

www.twitter.com/Wyd_Fronda

Konwersja
Epubeum

Spis treści

Ilustracje

Wstęp

1. Po co historia medycyny?
2. Praktyczny aspekt historii medycyny
3. Medycyna w historii, czyli historia medyczna

I. Medycyna ludów pierwotnych

1. Wprowadzenie
2. Początki medycyny
3. Supranaturalizm
4. Zasady myśli magicznej
5. Paleopatologia
6. Empiria
7. Czego nauczyliśmy się od zwierząt?

II. Egipt

1. Wiara
2. Balsamowanie

3. Lecznictwo

III. O dziedzictwie Izraela w medycynie

Żydzi w Europie

Żydzi w Polsce

IV. Medycyna starożytnej Grecji

1. Apollo

2. Asklepios

3. Wąż Asklepiosa

4. Asklepiony

5. Peregrynacje lekarzy

6. Hipokrates

7. Teoria humoralna

8. Leczenie

9. Corpus Hippocraticum

10. W kręgu medycznej myśli starogreckiej

11. Przysięga Hipokratesa

12. Czy przysięga hipokratejska jest przestarzała?

13. Aktualna, ale...

14. Hipokrates jako filozof

15. Inne szkoły greckie

V. Rzym

1. Eskulap

2. Przenikanie medycyny greckiej na teren rzymski

3. Asklepiades i metodycy

4. Encyklopedyści

5. Galen (130–201)

VI. Christus medicus

VII. Średniowiecze
1. Medycyna bizantyńska
2. Medycyna arabska
3. Caritas christiana
4. Św. Benedykt i jego znaczenie dla kultury europejskiej
5. Szkoła salernitańska
6. Montpellier
7. Uniwersytety
8. Padwa
9. O postępowaniu lekarskim
10. Lecznictwo
11. Asceci i asceza
12. O średniowieczu źle czy dobrze?

VIII. Zarazy – epidemie
1. Dżuma
2. Trąd
3. Syfilis

IX. Święci, o których lekarz wiedzieć powinien
1. Święty Łukasz Ewangelista
2. Święci Kosma i Damian
3. Święta Elżbieta
4. Święta Hildegarda z Bingen (1098–1179)
5. Niels Stensen
6. Święta Łucja
7. Święty Błażej
8. Święta Apolonia

X. O chorobach osobliwych
1. Choroba św. Antoniego

2. O kołtunie zwanym polskim

XI. Odrodzenie
1. Sillogisant non curant
2. A co w medycynie praktycznej?

XII. Rozwój anatomii
1. Odkrycia anatomiczne
2. Stare problemy w nowej formie
3. Anatomia a sztuka – wspólne drogi i rozdroża

XIII. Paracelsus i paracelsyzm

XIV. Odkrycie krążenia krwi i początki fizjologii eksperymentalnej
1. W. Harvey – odkrycie krążenia
2. A. Haller – fizjologia eksperymentalna

XV. U progu współczesnej medycyny
1. Nieco teorii medycyny
2. Zmiana sposobu myślenia
3. Anatomia patologiczna

XVI. Początki i rozwój medycyny klinicznej
1. Szkoła wiedeńska
2. Nowe metody diagnostyczne: opukiwanie i osłuchiwanie
3. Szkoła paryska
4. Upadek i odrodzenie szkoły wiedeńskiej
5. Chory w perspektywie nauczania klinicznego

XVII. Oświecenie

XVIII. O chirurgach i samej chirurgii
1. Chirurgia cechowa

2. Znaczenie anatomii
3. Reformator chirurgii
4. Dalszy wzrost pozycji chirurgów
5. A co z medycyną i doktorami?

XIX. Początki aseptyki i antyseptyki
1. Mikroskop
2. Chirurgia przed aseptyką
3. Semmelweis i jego rola w powstaniu aseptyki
4. Znaczenie Ludwika Pasteura
5. Antyseptyka

XX. Początki anestezji i analgezji
1. Anestezja
2. Analgezja

XXI. Od miazmatów do bakteriologii
1. Cholera w Europie
2. Jenner i wakcynacja
3. W pracowni Pasteura raz jeszcze
4. Robert Koch
5. Gruźlica
6. Dyfteryt/błonica
7. Kiła

XXII. Doktrynerzy
1. Brownianizm
2. Brusseizm
3. Mesmeryzm
4. Homeopatia
5. Dywagacje na temat historii doktryn

6. Od prostej empirii do teorii naukowej

XXIII. Lekarz dziś

1. Lekarz jako wzór postępowania
2. Wzór dla lekarza
3. Inne cechy wymagane od lekarza

XXIV. Zakończenie

1. Podział medycyny
2. Sukces czy klęska?
3. Powrót do ars medica

Władysławowi Szumowskiemu (1875–1954),
profesorowi historii i filozofii medycyny,
jako wprowadzenie do Jego znakomitej
„Historii medycyny filozoficznie ujętej” w hołdzie

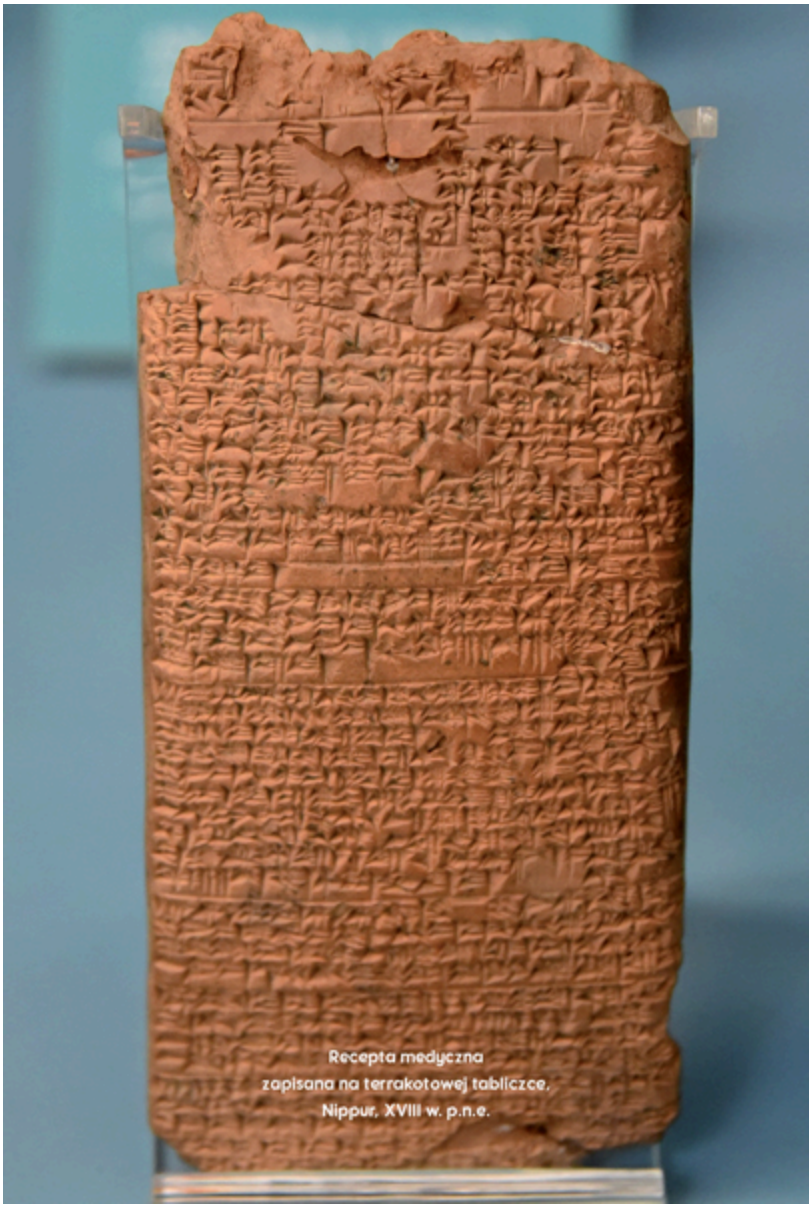
Z. GAJDA

To, co było, jest tym, co będzie,
a to, co się stało, jest tym,
co znowu się stanie: więc
nic zgoła nowego nie ma
pod słońcem...
KSIĘGA KOHELETA 1, 9

...przeszłość j e s t. „Jest” w jednym z analogicznych
znaczeń tego słowa, jest inaczej niż teraźniejszość
i przyszłość, ale należy w jakiś sposób do chwili
bieżącej, współkonstytuując ją i przyczyniając się
i do tego, że lepiej wiemy, co znaczy aktualne j e s t.
W. STRÓŻEWSKI

Wydziały lekarskie podają swoim wychowankom medycynę
według ostatniego słowa nauki. Ale ostatnie słowo nauki zmienia
się
co kilka lat. Natomiast są w medycynie prawdy niezmienne,
które są znane od dawna, o których jednak zwykle się zapomina.
Dlatego jest wskazane, aby młody lekarz umiał spojrzeć
na medycynę, której się nauczył, także – z odległości. Tego uczy
historia medycyny.
W. SZUMOWSKI

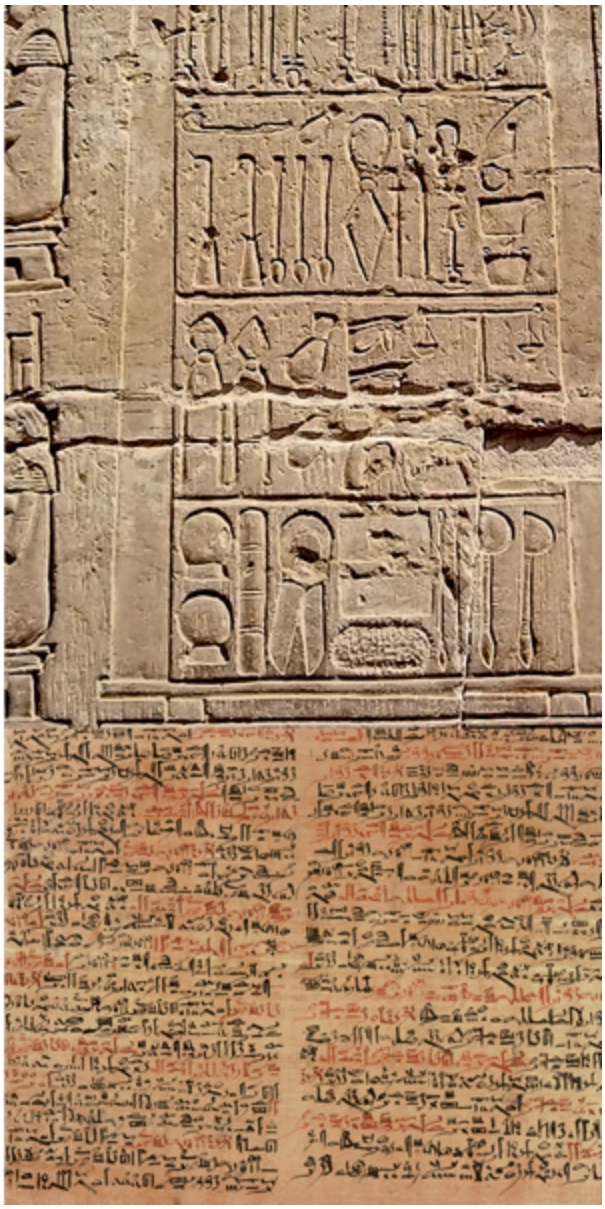
Ilustracje



Recepta medyczna
zapisana na terrakotowej tabliczce.
Nippur, XVIII w. p.n.e.

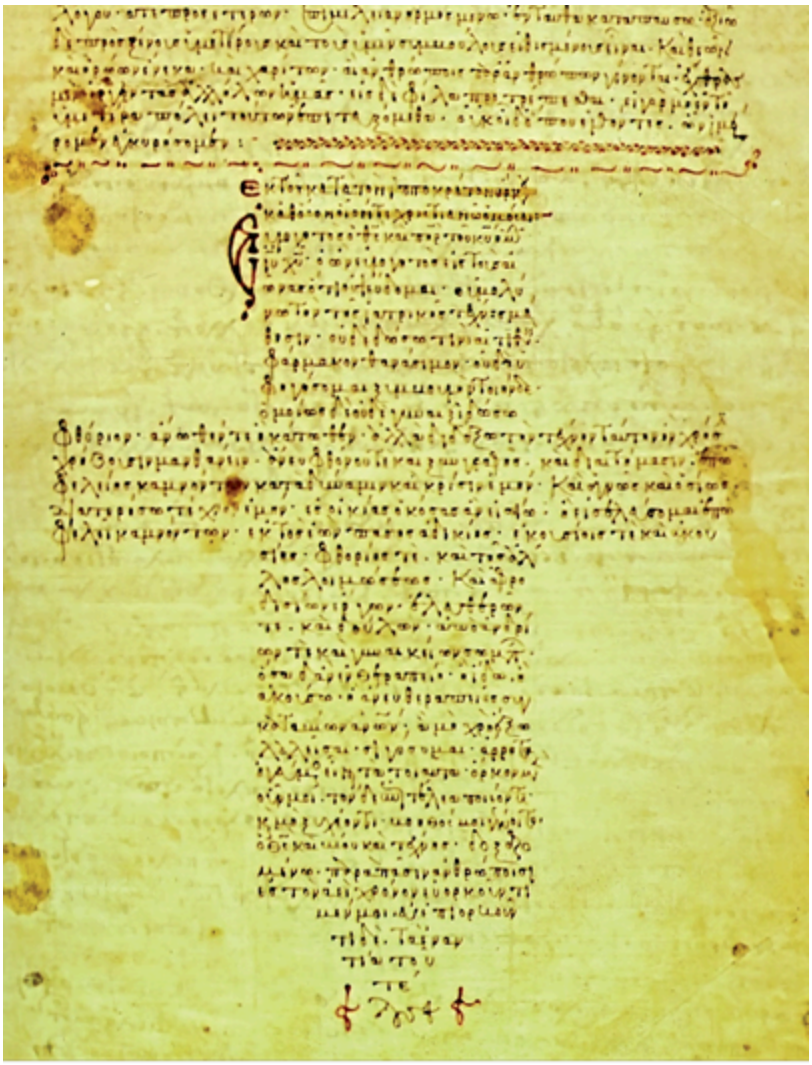
Lista instrumentów medycznych.

Papirus odkryty przez Edwina Smitha, najstarszy zachowany dokument chirurgiczny na świecie. Napisany pismem hieratycznym w starożytnym Egipcie około 1600 roku p.n.e., tekst szczegółowo opisuje obserwacje anatomiczne oraz badanie, diagnozę, leczenie i prognozowanie 48 rodzajów problemów medycznych.



Opatrywanie rannego po bitwie, antyczna ilustracja grecka.

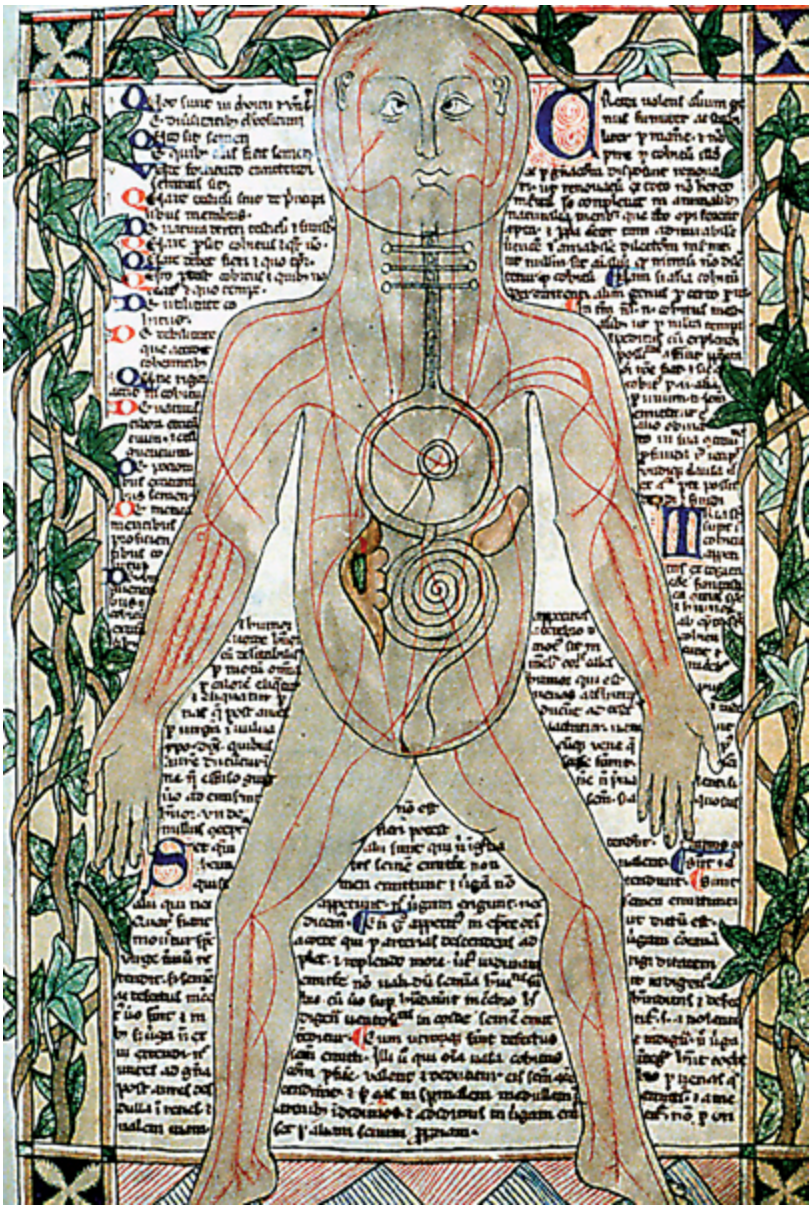
Antyczne greckie (na górze)
i rzymskie (na dole) instrumenty chirurgiczne.



XII-wieczny grecki manuskrypt Przysięgi Hipokratesa.

Zestaw instrumentow chirurgicznych z XI-wiecznej encyklopedii medycznej dzieła Abū al-Qāsim Khalaf ibn al-'Abbās al-Zahrāwī al-Ansari p.t. Kitab al-Tasrif.

ilustracja przedstawiająca żyły w ciele człowieka z dzieła pochodzącego z roku 1292.



XVII-wieczna chińska rycina ukazująca operację ręki przeprowadzaną na Guandi – dowódcy w służbie Liu Beia.

Wycięcie kamienia głupoty, obraz przypisywany Hieronimowi Boschowi.

Kleidung wider den Tod zu Rom. Anno 1656.

Wenn die Doctores Medici daha zu Rom, wann sie die an der Pest erkrancke besuchen, sie zu curiren und fragen, sich wider den Gift zu sichern, an langes Kleid von ge- zam Tuch mit Angesicht ist verlarvt, für den Augen haben sie grosse Crystalline Brillen, wider- nennen langen Schnabel voll wolriechender Specerey, in der Hände welche mit Hand schuhen ver- wol versehen ist, eine lange Ruthe, und darmit deuten sie, was man thun, und gebrauchen soll.

Kraków, Collegium Maius Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Doktor Śmierć. Lekarz w stroju mającym zabezpieczyć go przed miazmatami dżumy.

Józef Struś, nadworny lekarz Zygmunta Starego i Zygmunta Augusta, burmistrz Poznania, naukowiec wsławiony badaniami tętna.

Sphygmicæ ar

TIS IAM MILLE DVCEN-
tos annos perditæ & desidera-
tæ Libri V.

A IOSEPHO STRVTHIO
Posnanienſe Medico recens
conſcripti.

Strona tytułowa traktatu *Sphygmicae artis iam mille ducentos perditae et desideratae libri V* – autorstwa Józefa Strusia

Cum Cæſ. Maieſt. priuilegio ad
decennium.

BASILEAE, PER IOAN-
nem Oporinum.

Andreas Vesalius, rycina z dzieła *De humani corporis fabrica.*

Wojciech Oczko inna forma nazwiska: Ocellus – doktor medycyny i filozofii, nadworny lekarz królów polskich: Stefana Batorego i Zygmunta III Wazy (sekretarz królewski tego pierwszego). Jeden z twórców medycyny polskiej, syfilidolog (leczenie kiły) i pisarz medyczny. Propagował uprawianie kultury fizycznej widząc w niej korzyści zarówno dla ciała, jak i dla ducha.

Wilhelm Röntgen, zdjęcie z roku 1901.

Wstęp

1. Po co historia medycyny?

Na pytanie o sens uprawiania historii medycyny nietrudno uzyskać odpowiedź, wystarczy bowiem otworzyć podręcznik Władysława Szumowskiego *Historia medycyny filozoficznie ujęta*[1], aby w jednym z końcowych rozdziałów (LIV) znaleźć argumenty przemawiające za trwałym znaczeniem tego przedmiotu w wykształceniu i życiu lekarza. A są to argumenty: praktyczny, dydaktyczny, spojrzenie na historię medycyny jako naukę i wreszcie argument pedagogiczny. Ale zanim lekarz czy student dobrnie do końca obszernego podręcznika, potrzebuje uzasadnienia dla czasu, który poświęca wykładom i przygotowaniu się do egzaminu. Na nowo obowiązuje ów egzamin w nauczaniu medycyny, a od niedawna poprzedza również uzyskanie stopnia doktora. Wszakże nie tylko studenci potrzebują tego uzasadnienia, ale także wszyscy ci, którzy z tym przedmiotem nie zetknęli się na

studiach, a jest to pokolenie lat pięćdziesiątych, któremu – w miejsce ideologicznie niepewnego przedmiotu, za jaki uważano historię medycyny – wprowadzono do programu studiów: podstawy marksizmu-leninizmu, historię ruchów robotniczych i ekonomię polityczną, a zatem przedmioty, których bezsens w wykształceniu medyka był jasny od samego początku. Dlatego też nie bez znaczenia jest potrzeba uzasadnienia, zwłaszcza studentom, celowości uprawiania i nauczania przedmiotu, który jako dyscyplina humanistyczna odstaje od znanych im dotąd dyscyplin przyrodniczych (do klinicznych jeszcze się nie zbliżyli), a który w subiektywnym odczuciu może pachnieć sztubacką ławą. Bo to właśnie w szkole podstawowej i średniej nie rozstawał się uczeń przez lata z historią traktowaną – jak wszystkie inne przedmioty – jako „dopust boży", bez którego nie ma widoku na maturę, ale o jej celowości nigdy nie był całkowicie przekonany. Stąd refleksja nad znaczeniem historii medycyny wysuwa się na plan pierwszy.

Mało kto, w wieku naszych uczniów, zdaje sobie sprawę, że bez znajomości przeszłości zrozumienie bieżącej sytuacji jest niemożliwe. Wiemy o tym nadto dobrze, że sytuacja polityczna Polski postkomunistycznej byłaby niezrozumiała bez wiedzy o PRL-u; ten powstał w wyniku podziału Europy po II wojnie światowej (co już dla młodszego pokolenia jest historią książkową), którą poprzedziła – jak wynika to choćby z kolejnej numeracji – I wojna światowa. Ta też coraz bardziej staje się zmumifikowanym reliktem przeszłości, a miała ona swe przyczyny w... etc. etc. Otóż właśnie tak wyłożona, *a tergo*, czyli od tyłu, historia powszechna (ktoś podobno podjął się tego zadania), ujawniłaby rolę historii

w zrozumieniu czasu, w którym żyjemy. Jednakże względy dydaktyczne nakazują nauczanie historii w układzie chronologicznym („Już starożytni Egipcjanie…"), co odsuwa – przynajmniej pozornie – znaczenie odległych faktów dla poznania sytuacji obecnej, dla zrozumienia kim jesteśmy, co to znaczy, że jesteśmy Europejczykami, co znaczy, że jesteśmy Polakami. Jeśli się to rozumie, wtedy staje się jasne, dlaczego tak odległa w czasie postać króla Bolesława Chrobrego jest nam bliska (on jest nasz), a inna, jak np. Bismarcka i całej zgrai pruskich bohaterów, choć chronologicznie mniej odległa, duchowo jednakże jest bardzo obca.

Bez znajomości przeszłości nie ma nie tylko świadomości narodowej, ale nie ma żadnej świadomości. Tę prawdę znał już Cycero, który twierdził: *Historiam nescire, hoc est semper puerum esse* (Nie znać historii, to znaczy zawsze być dzieckiem). I tak jest rzeczywiście. Zważmy: maluch, który chodzi do przedszkola, nie zdaje sobie sprawy ani w jakim c z a s i e żyje (starożytność? średniowiecze?), ani g d z i e żyje (Europa? Azja?). To uświadomienie przychodzi z wiekiem. Stopniowo konkretyzuje się czas i miejsce. Jeśli nie rozumie się sensu uprawiania historii, staje się ona tylko naukowo-poznawczym gromadzeniem faktów i dat interesujących wyłącznie specjalistów, a uczniów o tyle, o ile niektóre dane trzeba wbić sobie do głowy, jako warunek postępu… z klasy do klasy. Nie bez winy jest tu dydaktyka historii.

A poznanie człowieka? Czy jest możliwe bez poznania jego przeszłości? Przecież nawet przygodnie spotkany rozmowny podróżny staje się u celu drogi znajomym, czasem wręcz przyjacielem, pod warunkiem, że poznaliśmy go bliżej, co głównie znaczy, że dowiedzieliśmy się coś więcej o jego przeszłości.

Pragnienie poznania człowieka wiąże się zawsze z pytaniem o jego przeszłość. Cóż innego robi lekarz, zbierając wywiad? Jest to pytanie o dane z przeszłości potrzebne do zrozumienia stanu obecnego – *status praesens*. A potem, gdy go zbada, to usiądzie i napisze protokół, który nazwie nie inaczej jak *historia morbi*.

A czy *status praesens* współczesnej medycyny jest do pomyślenia bez znajomości jej dziejów? J. Tazbir, pisząc skromną objętościowo książkę o Polsce szlacheckiej[2], podjął temat znany już skądinąd, choćby z dwóch opasłych tomów J.St. Bystronia. Wszakże, a to stanowi pewne *novum*, pokusił się o wykazanie reliktów, bądź co bądź z odległej od nas epoki, tkwiących we współczesnym społeczeństwie polskim. A przecież sarmatyzm zdaje się już całkowicie należeć do przeszłości. Czyż nie okazała się tu potrzeba historii? To samo odnosi się również do medycyny, ale nie tylko do niej, lecz także do kultury w ogóle – do myśli filozoficznej, sztuki, literatury pięknej: poezji i prozy – w której medycyna ma swój udział. Wycisnęła swe znamię prawie wszędzie, wcisnęła się również w życie nasze powszednie. Jeśli babunia ze wsi podkrakowskiej zbiera na łące centurię, której błogosławionych skutków zdrowotnych doświadczyła, nie zdaje sobie sprawy, że w nazwie tej uwieczniony został centaur Chiron, nauczyciel Asklepiosa, znawca ziół leczniczych, o którym nigdy nie słyszała.

Aby to widzieć, trzeba poznać choćby najogólniej historię medycyny. Tak jak bez znajomości organogenezy nie można zrozumieć wad rozwojowych, tak bez znajomości medycyny w jej rozwoju nie można zrozumieć współczesnej medycyny. Rodzi się dziecko, całe i zdrowe. Nikt nie pyta, jak się poczęło, nie docieka, jak się rozwijało, bo ludzkość przyzwyczaiła się do tego cudu.

Dopiero gdy rodzi się dziecko upośledzone, z jakąś wadą, pojawia się pytanie: dlaczego tak się stało? Czym to wytłumaczyć? Czy można było tego uniknąć? Podobnie jest z historią medycyny. Jest ona „embriologią" współczesnej medycyny. Tylko ona może odpowiedzieć na pytanie: jak kształtowało się jej współczesne oblicze. Nie unika również odpowiedzi na kolejne pytania: dlaczego miała takie przestoje w swoim rozwoju? Dlaczego rozwijała się z takim trudem? Dlaczego niektóre błogosławione w skutki rozwiązania nie weszły od razu w życie? Dlaczego nie uratowano tysięcy istnień ludzkich, chociaż to było możliwe? Czy to tylko brak umiejętności w dochodzeniu prawdy, czy też głupota ludzka, zarozumialstwo, niechęć i obawa przed czymś nowym, lenistwo, które wzbrania przed zmianą sposobu myślenia? Znane i prawdziwe powiedzenie: *Historia magistra vitae* (Historia nauczycielką życia) staje tu pod znakiem zapytania. Bo choć to prawda, to dodajmy za A. Huxleyem: „Historia jest nauczycielką życia dla tych, którzy chcą się od niej uczyć". Na dowód przytoczmy tu znane powiedzenie H. Sigerista, wybitnego historyka medycyny XX wieku, brzmiące mniej więcej tak: gdyby mi kazano leczyć choroby weneryczne lub gruźlicę, sięgnąłbym po najnowsze osiągnięcia terapeutyczne, gdyby mi jednak zlecono organizację walki z nimi, zapoznałbym się ze wszystkimi dotychczas stosowanymi próbami, by ocenić ich skuteczność lub nieskuteczność.

To wszystko, o czym tu mówimy, dotyczy, rzecz jasna, nie tylko historii medycyny, ale i historii nauki, która jest nie tylko zbiorem faktów z przeszłości, ale zarazem obrazem stałego jej rozwoju.

Przez to przeciwstawia się ona kostnieniu myśli i utwierdzaniu się w dogmatach. Bogdan Suchodolski tak to sformułował:

> „Umysł ludzki nie jest wcale z samej swej natury skłonny do naukowego wysiłku, naukowej inwencji i naukowej dyscypliny. Trzeba przezwyciężyć silne skłonności wiodące do lenistwa intelektualnego, do fantazjowania, do wygodnego dogmatyzmu, do myślenia werbalnego, do rutyny".

Wiemy, że dogmatyzm opóźnił rozwój medycyny w tej jej części, której rozwój zależał od nauk przyrodniczych. Historia, nawet wtedy, gdy ukazuje to, co w nauce przebrzmiałe (w matematyce, inżynierii, fizyce), uczy szacunku dla wysiłku ludzkiego umysłu. Uczy zarazem krytycyzmu. Tę naukę krytycyzmu, jaką niesie z sobą historia medycyny, znali i doceniali już mistrzowie medycyny w pierwszej połowie XIX wieku. Z krakowskich profesorów pisał o niej Sebastian Girtler (1767–1833):

> „Z doświadczeń pewnych powinny być wyciągane prawidła i do nich stosowane teorie, nie zaś żeby podług umysłowych tworów prawidła postępowania stanowione być miały".

Zdaniem klinicysty M.J. Brodowicza (1790–1885), szacunek dla przeszłości ma chronić współczesnych lekarzy „od śmiesznego zarozumienia, jakoby od ich kroków rozpoczynał się olbrzymi postęp w naszej sztuce".

Medycyna wchodzi w zakres historii nauki, ale historia medycyny jest czymś więcej niż historią nauki, która zaledwie stanowi jej część. Bowiem sama medycyna jest nie tylko nauką, ale i sztuką, różnie pojmowaną (co tu pomijamy), ale w jej skład wchodzi również stosowanie wiedzy teoretycznej i praktycznej opartej na doświadczeniu w przynoszeniu ulgi w cierpieniu i leczeniu chorób. Tu się mieści rozwój pojęcia choroby,

umiejętność jej zwalczania, rozwój środków technicznych, instytucji etc. etc.

Ale zarazem historia nauki ukazuje to, co nadal aktualne, zwłaszcza w zakresie nauk humanistycznych (pedagogika, estetyka, etyka), bez względu na czas, w którym powstało. Podobnie i w medycynie, która nie jest przecież wyłącznie nauką przyrodniczą, można bez końca wskazywać na aktualność sformułowań powstałych setki lat temu, a które ciągle są przedmiotem rozważań i czynnikiem rozwoju myśli lekarskiej. Ten aspekt historii medycyny podkreślał Antoni Wrzosek (1875–1965) sto lat temu:

> „Historia medycyny może przyczynić się do podniesienia kultury medyka, do wyrobienia w nim krytycyzmu, tak potrzebnego zarówno w pracy naukowej, jak i w praktyce lekarskiej".

Co więcej, pisał dalej:

> „Historia medycyny jako nauka humanistyczna może być znakomitym środkiem do wszechstronniejszego rozwijania umysłu studiujących medycynę, gdyż wszystkie przedmioty medyczne rozwijają umysł medyka jednostronnie".

Stwierdzenie to nie straciło na aktualności. Zważmy: każdy przedmiot wchodzący w zakres wykształcenia lekarskiego jest ważny, bo dzięki niemu stajemy się lekarzami: po studium anatomii mamy zupełnie inne spojrzenie na budowę ciała ludzkiego, po fizjologii na jego czynności etc. Ale z każdego przedmiotu pozostaje w przyszłej działalności lekarza tylko jakaś część, natomiast przedmioty humanizujące przyczyniają się w całości do kształtowania osobowości lekarza. Wśród nich, choć nie wyłączne, ale poczesne miejsce, od długich dziesięcioleci zajmuje historia medycyny. W to już nikt nie wątpi. Jednakowoż...

O ile ze strony ustroju komunistycznego istniało zagrożenie dla historii medycyny ze względów ideologicznych, o tyle teraz istnieje zagrożenie ze względów ekonomicznych. I to gdzie? W kraju, który na tym polu miał najwięcej do powiedzenia, czyli w Niemczech. Zlikwidowanie katedry uniwersyteckiej, czyli całego zespołu pracowników, i ograniczenie się do jednego dojeżdżającego wykładowcy z sąsiedniego uniwersytetu, ma przynieść oszczędności ekonomiczne; w to wątpić nie można, czy aby jednak nie pociągnie za sobą strat w wymiarze moralnym? Problem jest znacznie głębszy, sięga wręcz samej istoty medycyny i jej definicji. Rozwój nauk przyrodniczych miał i ma nadal ogromny wpływ na medycynę, ale sama medycyna nie jest nauką przyrodniczą. O ile tamte wcale nie muszą się odnosić i zazwyczaj się nie odnoszą do człowieka, o tyle medycyna zawsze ma na względzie człowieka i, co więcej, wszelkie działanie, które nie ma na uwadze człowieka, przestaje być medycyną. Również próba nazwania medycyny „nauką przyrodniczą stosowaną" nie wytrzymuje krytyki, grozi bowiem bardzo daleko idącymi, niekorzystnymi konsekwencjami w relacji lekarza z pacjentem.

Klaus Bergdolt, profesor historii medycyny z Kolonii, wziął historię medycyny w obronę przed zagrożeniem ze strony pewnych lekarzy, urzędników i zwolenników reformy studiów[3]. Wykazując poniekąd zrozumienie dla ich sposobu myślenia, pyta, jaką rolę może spełniać wiedza historyczno-medyczna w dobie nowoczesnych badań medycznych, tj. biologii molekularnej i technologii genetycznej, a także w codziennej pracy klinicysty? Co więcej, to rozumowanie przenosi się na klinicystów habilitujących się i robiących karierę, zapatrzonych w swój *impact*

factor i zużywających energię na trzeciorzędne badania. „Czy ta zdolność – pyta Bergdolt – ma coś wspólnego z talentem lekarskim? To nigdy nie było brane pod uwagę przez żadną komisję zawodową". Tenże przytacza pewne zdanie historyka medycyny i psychiatry H. Schippergesa o lekarzach: „Nie jesteśmy tylko po to, aby tamować krew, ale aby również ocierać łzy". Zdanie to – a stwierdza to z ubolewaniem – może teraz u studentów, a co gorsze i u ich nauczycieli, wywołać uśmiech.

Artykuł Bergdolta stał się inspiracją do dyskusji przychylnej dla historii medycyny. Bez nauk humanistycznych – pisano – grozi medycynie dehumanizacja, czyli „odczłowieczenie", a lekarz stanie się „funkcjonującą maszyną". Jeśli tak dalej pójdzie – pisał jeden z dyskutantów – to „lekarskie działanie będzie oceniane według kryteriów naukowych, »skuteczności« (jeśli to w ogóle można zdefiniować) i uchwytnych liczbowo wyników [...]. Im dalej medycyna uzasadniona naukowo oddala się od swoich historycznych korzeni, tym więcej pozostawi miejsca dla działalności znachorów, konowałów i szarlatanów"[4].

I tak jest rzeczywiście. Medycyna, w której lekarz koncentruje się bardziej na wynikach badań niż na samym pacjencie, staje się coraz groźniejsza. Dlatego obrona historii medycyny i jej roli w wykształceniu lekarskim jest obroną jednego z przedmiotów humanistycznych, który najdłużej jest związany z medycyną i od dawna ją dopełnia. Medycyna bowiem to nie tylko *scientia*, ale także *sapientia.* Nie wolno o tym zapomnieć.

Czym jest nauka z jej przemijalnością odkryć pozornych i rzeczywistych, z których każde otwiera nowe zagadnienia i stwarza nowe problemy? A czym mądrość, która ma wartość

nieprzemijającą, ponadczasową, jakże istotną w medycynie? Na stronach tej książki będziemy się starać to przedstawić.

2. Praktyczny aspekt historii medycyny

Poza wieloma pożytkami, jakie z sobą niesie uprawianie historii medycyny, istnieje jeszcze jeden, mniej znany i mniej doceniany aspekt ściśle praktyczny. Historia medycyny rodzi się jako przedmiot badawczy na przełomie wieków XVIII i XIX. Dlaczego właśnie wtedy? Rozwój nauk przyrodniczych w XVIII wieku miał ogromny wpływ na medycynę, która z tych osiągnięć zaczęła korzystać. Aż trudno uwierzyć, że istniała ciągłość nauczania medycyny w jej niezmienionym kształcie od starożytności, przez całe stulecia czy nawet tysiąclecia, aż do połowy XVIII wieku. Nauka Hipokratesa, Galena, Awicenny była dla lekarzy doby baroku równie ważna, jak dla lekarzy starogreckich czy starorzymskich. Dopiero rewolucja w nauce, jaka nastąpiła w czasach nowożytnych, pociągnęła za sobą rewolucję w sposobie lekarskiego myślenia, co doprowadziło do odrzucenia starych metod leczniczych. Wobec braku nowych, zwolna dopiero pojawiających się, nastał kryzys, tak bardzo widoczny w nowej szkole wiedeńskiej. I to odrzucenie wszystkiego jednocześnie było błędem, który bardzo późno spotkał się z krytyką. Widoczna jest ona w wystąpieniu Bernharda Aschnera (1928). Pisał on:

> „Ta medycyna odwróciła się nagle od historii i zarzuciła w krótkim czasie wszystkie dawne metody lecznicze, stosowane od prawieków. Ale stało

> się to nie dlatego, żeby dawne metody lecznicze miały się okazać nagle mniej skuteczne niż nowe – takich badań porównawczych nikt nie robił – lecz jedynie dlatego, że przyszedł nowy prąd i nowa teoria. Tymczasem dawna medycyna posiadała mnóstwo metod leczniczych, wypróbowanych wiekami i niewątpliwie skutecznych. [...] Historia medycyny winna teraz to wszystko z mroków przeszłości wydobyć i w ten sposób bieżącą medycynę wzbogacić”[5].

I to jest prawda. Niestety, medycyna współczesna nie podejmuje tego zadania. Gdy przegląda się stare manuskrypty z mnóstwem najosobliwszych sposobów leczenia, od czasu do czasu natrafia się na uwagę: „Sposób wypróbowany”, zatem poddany wielokrotnemu doświadczeniu. W jakim stopniu medycyna tamtych czasów była skuteczna w działaniu, tego nie wiemy, ale że skuteczną być musiała, świadczy fakt, iż przetrwała tyle wieków. Jeśli żaden inny argument nie zdoła przekonać czytelnika, to chociaż niech ten przemówi do niego: dawni lekarze praktycy dorabiali się fortun, a nikt (może z wyjątkiem polityków) nie otrzymuje zapłaty za nieskuteczność swojego działania.

Co prawda nie wszyscy lekarze współcześni nastawieni są wyłącznie na medycynę podręcznikową, ale jest ich mało. Otwarty na doświadczenie empiryczne był Julian Aleksandrowicz. Skąd się to brało? Może z jego spotkań w tragicznych dla obydwóch chwilach z Janem Lachsem, historykiem medycyny, który sam, tylko dzięki znajomości dawnej medycyny, uszedł z życiem (o czym jeszcze wspomnimy). Oto fragment jego wspomnień:

> „Wiedz, że historia [mówi Lachs do Aleksandrowicza], ta wielka mądrość narodów, nie jest przez ludzi należycie doceniona. Nieszczęścia, jakie się walą na nich, są często następstwem właśnie nieznajomości historii. Zaprzepaszczamy doświadczenia ubiegłych pokoleń. Żebyś ty wiedział, jakie skarby kryją się w historii medycyny! Człowiecze, wręcz zrozumieć

tego nie mogę, że masz takie małe zainteresowanie dla tej dziedziny wiedzy”[6].

To słabe zainteresowanie współczesnej medycyny metodami leczniczymi z przeszłości idzie w parze z zaprzepaszczeniem doświadczenia stuleci. Nieśmiałe próby zwolenników medycyny naturalnej i prostych sposobów leczenia podpartych zaledwie doświadczeniem „babuni” wywołują uśmiech na twarzach naukowców, zamiast stać się bodźcem do wytrwałych badań. Przeszkodą jest również przemysł farmaceutyczny, produkujący coraz to nowe specyfiki i zupełnie niezainteresowany dawnymi, prostymi, a przede wszystkim tanimi sposobami leczenia. Empiria zawsze wyprzedzała naukowe uzasadnienie i nie ma powodu temu zaprzeczać, skoro każdy z nas doświadczył błogosławionego skutku jakiejś metody leczniczej, której nie znajdzie się w podręczniku medycyny. Mało kto się do tego publicznie przyznaje. Raz zrobił to wybitny autorytet w świecie lekarskim, prof. Jan Miodoński, na posiedzeniu Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego. Powiedział wtedy, że większą skuteczność w przypadkach zastrzału ma słonina, niż wszystkie inne stosowane przez chirurgów środki; tego doświadczył sam, będąc w obozie, przymuszony brakiem innych możliwości. Ale cała reszta lekarzy praktyków nie ujawnia stosowanych przez siebie pokątnie niekonwencjonalnych sposobów leczenia, które przecież powinny stać się przedmiotem badań naukowych. Że medycyna może skutecznie działać bez naukowego uzasadnienia, można wykazać na wielu przykładach. Poniżej dwa z nich.

Gdy Włosi w latach dwudziestych, osuszając błota pontyjskie, zwalczyli malarię, stanowiącą od starożytności zagrożenie dla

mieszkańców Rzymu, działali już świadomie, znając mechanizm przenoszenia pierwotniaków przez komara widliszka. Ale ten sam efekt uzyskał nieświadomy rzeczy Empedokles z Agrigentu (490–430 r. przed Chr.), osuszając na Sycylii pobliskie bagna dwa tysiące lat wcześniej.

Gdy Ludwik Pasteur wprowadził w połowie XIX wieku szczepienie ochronne przeciw wściekliźnie, nauka nie miała jeszcze pojęcia o immunologii i wirusologii. Gdyby czekał na naukowe uzasadnienie swoich poczynań, wiele istnień ludzkich straciłoby życie.

Widać na tych przykładach, że skuteczność działania w medycynie nie zależy od racjonalnego sposobu jej wytłumaczenia przez naukę. To nie wstyd, że nie wiemy wszystkiego.

Na Bliskim Wschodzie istniał zwyczaj wynoszenia chorych na ulicę, by ktoś z przechodzących, znający podobny przypadek, mógł służyć radą. Herodot tak pisał o Babilończykach:

> „Jeszcze inne tak samo mądre prawo u nich istnieje. Chorych wynoszą na rynek, bo nie mają lekarzy. Jeżeli ktoś już sam podobne miał cierpienie, jak ów chory, albo kogoś innego widział nim dotkniętego, wtedy przystępuje do chorego i udziela mu rady, a także poucza go, co sam robił, aby uniknąć podobnej choroby, albo w jaki sposób ktoś inny uniknął. Nie wolno natomiast u nich milcząco przejść obok chorego, nie zapytawszy go, na jaką cierpi niemoc”[7].

Przed dwudziestu laty angielski dziennik „The Independent” (z 4 IX 1990), opisał osobliwą przypadłość u młodej kobiety: ataki – bo tak to można nazwać – ziewania. Pojawiają się niespodzianie i trwają raz krócej, raz dłużej, nie mniej jednak niż 10–20 minut. Nie nachodzą ją, gdy Rita rozmawia, ale potem, ni stąd ni zowąd,

zaczyna się od nowa: w tramwaju, na ulicy, w teatrze. Odczuwa to jako coś bardzo upokarzającego. Nie stroni od lekarzy ani od środków, które jej zalecali; potrafi spać przez kilka dób bez przerwy, ale bez pomyślnego wyniku. „Nie dam się zamienić w roślinę". Jest na granicy rozpaczy. Z opisem swej niezwykłej dolegliwości w gazecie wiąże nadzieję, że znajdzie się ktoś, kto przyjdzie jej z pomocą.

Od tamtych czasów minęło tysiące lat, a zwyczaj praktykowany na Bliskim Wschodzie, zdaje się – choć w zmienionej formie – jest w dalszym ciągu aktualny.

3. Medycyna w historii, czyli historia medyczna

Medycyna z jej problemami bardziej wnikała w historię powszechną i kształtowała nasze dzieje, niż sobie z tego zdajemy sprawę. A działo się to zarówno w odniesieniu do całych społeczeństw, jak i do jednostek nimi kierujących: przywódców politycznych i duchowych. W historii Grecji mówi się o słynnej zarazie ateńskiej i jej skutkach, które miały wpływ na bieg dziejów greckich; jedną z przyczyn upadku imperium rzymskiego – zdaniem niektórych historyków – miała być gnębiąca mieszkańców Rzymu malaria, której źródło było w pobliskich bagnach; epidemia dżumy wyraźnie przyspieszyła upadek średniowiecza i stworzyła warunki do rozwoju nowych prądów

odrodzeniowych; cholera i gorączka okopowa (tyfus plamisty?) nieraz przyczyniały się do klęsk jednych i zwycięstw drugich, zwłaszcza w czasie oblężeń. Klęska Napoleona nie jest wyłącznie tryumfem militarnym Rosjan, lecz wynikiem epidemii cholery. W czasie I wojny światowej więcej zginęło ludności cywilnej i żołnierzy z powodu chorób epidemicznych, niż z powodu działań wojennych. O tym dobrze wiedzieli Niemcy, przygotowując się do nowej wojny. Ich przesadną ostrożność względem chorób zakaźnych udawało się wykorzystywać Polakom do własnych celów.

A oto dwa przykłady szczególnych sytuacji, w których nie losy jednostek, ale wynik bitwy miał uwarunkowania zdrowotne. W bitwie pod Waterloo, Napoleon, bóg wojny, który zazwyczaj ze wzgórza, siedząc na koniu, patrzał na swoich żołnierzy i był przez nich widziany, który wzrokiem elektryzował ich i zagrzewał do walki, tym razem, zniewolony zaburzeniami żołądkowo-jelitowymi spędzał większość czasu w wygódce. Wynik bitwy wiadomy. W jakim stopniu choroba cesarza miała na to wpływ?

Drugi przykład pochodzi z naszej historii. Oto bitwa grunwaldzka. W przeddzień niezwykły upał. W nocy burza i huragan. Król Władysław Jagiełło, jak pisze Długosz, „stanął na polach Tannenberga i Grunwaldu, mających się wsławić przyszłą w dniu tym bitwą i **pomiędzy gajami i gąszczami**, które zewsząd to miejsce zakrywały, kazał rozbić namioty". Słońce wschodziło. Wojsko krzyżackie wyszło w pole. Oczekiwano starcia. Tymczasem król „wysłuchał z wielkim nabożeństwem dwóch mszy". Witołd niecierpliwił się. Hufce stały w gotowości do bitwy, tymczasem „żadne prośby i zaklęcia, a nawet samo

niebezpieczeństwo, nie zdołały oderwać króla od nabożeństwa". Słońce wschodziło coraz wyżej. Krzyżacy stali w otwartym polu. Nie atakowali „wnosząc atoli, że wojsko królewskie nie przypadkowo, ale umyślnie obrało **stanowisko między gajami i zaroślami**", bali się zasadzki. Król nie ruszał jednak do walki. Słońce Krzyżakom przygrzewało. Niecierpliwili się. Herold, który zjawił się przed Jagiełłą z dwoma mieczami, proponuje w imieniu mistrza Ulryka ustąpienie pola, by wciągnąć króla do walki. I rzeczywiście, „wojsko krzyżackie wystąpiło na pole obszerniejsze, aby snać czynem potwierdzić to, co przez swoich posłanników mistrz zapowiedział". Jest upalny lipiec. Słońce stoi już wysoko. Król wreszcie dał hasło do walki.

To opóźnienie Długosz odnosił do pobożności króla, bo nie znał spraw rycerskich, ale Jagiełło wiedział, i to z własnego doświadczenia, jak jest ubrany rycerz. My słyszeliśmy co najwyżej o kolczudze i zbroi, a tymczasem aż siedem warstw różnych materiałów okrywało jego ciało. Tak odziany rycerz, stojąc na słońcu, po kilku godzinach nietknięty spadał z konia. Udar cieplny! Jagiełło tak by tego nie nazwał, ale ze skutków, jakie wywoływało słońce na stojących w otwartym polu Krzyżakach, doskonale zdawał sobie sprawę. Dlatego swoich rycerzy ukrył w krzakach i zaroślach; jednym słowem w cieniu. I czekał. Dostatecznie długo.

Poczynania jednostek sprawujących władzę uzależnione były od różnych czynników, w tym również od chorób. Karol V odziedziczył po matce Joannie Szalonej endogenną psychozę, schizofrenię, co uniemożliwiło mu sprawowanie władzy nad rozległym terytorium cesarstwa. Z tego powodu musiał zrezygnować z Niderlandów, a następnie z Hiszpanii.

Najdokuczliwszą wszakże chorobą nękającą króla była podagra, która ujawniła się już w 30. roku życia. Król, mimo wskazań lekarzy, jadł i pił ponad miarę, co zaostrzało ataki, tak że okresowo nie mógł sprawować władzy. Choć z przekonania katolik, nie miał dość siły, by dostatecznie ostro wystąpić przeciw Lutrowi. Stąd zrodziło się powszechne przekonanie, że „podagra cesarza uratowała reformację".

Sam Marcin Luter, który doczekał się ogromnej literatury historycznej i teologicznej, pod względem lekarskim rozpoznany został stosunkowo niedawno w pracach H.-J. Neumanna. Czym było wydarzenie, które zdecydowało o jego wstąpieniu do klasztoru (burza i śmierć przyjaciela); czy nie miało ono podłoża psychonerwowego[8]? Czy porzucenie klasztoru z jego skromnym wyżywieniem wyszło mu na dobre? Na dworach książąt znalazł się w dobrobycie i pod troskliwą opieką żony, stąd nadwaga. Choroby żołądka, podagra, kamienie nerkowe, *angina pectoris* towarzyszyły mu całe życie. W nich widzi się źródło napastliwości, złośliwości, niecierpliwości, przez co tracił czasem panowanie nad sobą i bywał grubiański. Dlatego nie zjednywał sobie zwolenników, ale nawet tracił przyjaciół.

Tenże autor tłumaczy napady szału i wybuchy gniewu Fryderyka Wilhelma I, króla pruskiego, w czasie których bił czym popadnie i kogo popadnie; był to wynik cierpień i stale pogarszającego się stanu zdrowia. Król chorował na podagrę, u Hohenzollernów dziedziczną, której sprzyjała jego żarłoczność. Ta sama choroba wystąpiła u Fryderyka Wielkiego. Ten umiał się jednak uzbroić w cierpliwość i zapanować nad chorobą do tego stopnia, że nie miała ona większego wpływu na jego poczynania polityczne.

Psychiatrzy angielscy, opierając się na archiwaliach, ustalili niedawno, że król angielski Jerzy III (1738–1820) cierpiał na porfirię. Ostra porfiria napadowa, która jest wynikiem zaburzenia przemiany porfiryn, prowadzi do uszkodzenia układu nerwowego, co tłumaczy jego szaleństwa. W czasie jego panowania Anglia straciła kolonie w Ameryce[9].

A jaki wpływ na bieg dziejów miała hemofilia? Zdaniem historyków medycyny, stała się ona przyczyną wybuchu rewolucji październikowej. Być może było to tak: hemofilia (czyli krwawiączka) jest chorobą dziedziczną, którą przekazują kobiety, ale dotyczy wyłącznie mężczyzn. Występowała ona w rodzinie królowej Wiktorii. Jej to wnuczka Alicja wyszła za cara Mikołaja II i po przyjęciu prawosławia otrzymała imię Aleksandra Fiodorowna. Z tego małżeństwa przychodziły na świat córki. Dopiero po 10 latach salwy armatnie oznajmiły światu przyjście na świat następcy tronu – Aleksego. W trzecim roku życia Aleksy skaleczył się i krwawienia nie można było zatamować. Nie pomógł rój specjalistów wysokiej klasy, bo też ówcześnie nie było to możliwe. W 1904 roku zjawił się Grigorij Rasputin, nieokrzesany, nawiedzony chłop z Syberii. Dostał się na dwór i w jego obecności krwotok ustał. Tak było wielokrotnie. Wdzięczność matki nie miała granic. Rasputin umiał wykorzystywać swoje wpływy na dworze, co z czasem spotkało się z opozycją. Odesłano go na Syberię. Carewicz zaczął krwawić. Rasputin wrócił, by znowu szarogęsić się na dworze i wpływać na wszystko, co się na nim działo. Tego nie można było tolerować. Wydano na niego wyrok; nie udało się go otruć, musiano zastrzelić. Ponieważ równocześnie padło na carycę i Rasputina podejrzenie o szpiegowanie na rzecz

Niemców, te zawirowania wokół carskiego dworu mogły stać się bezpośrednią przyczyną ataku na Pałac Zimowy, który rozpoczął rewolucję. Rodzina carska została zgładzona w Jekaterinburgu. Rewolucja szalała. Przypomniano sobie wtedy, co mówił Rasputin: „Póki ja tu jestem, nie stanie się nic złego ani carowi, ani jego rodzinie" i „Jeżeli coś złego mi się stanie, nastąpi upadek Rosji". Jedno i drugie się sprawdziło. Pamięć Rasputina objęto kultem[10].

Dziś wpływ Rasputina na zdrowie carewicza i na carycę można tłumaczyć hipnozą. To stało się ich zgubą. Ale u podstaw całej sprawy była choroba – hemofilia.

Skutkiem choroby nadciśnieniowej są zmiany w naczyniach krwionośnych wszystkich narządów, nie wyłączając – rzecz jasna – mózgu. A to prowadzi do zaburzeń koncentracji, osłabienia pamięci, zmian osobowości, trudności w nawiązywaniu kontaktu, zaniku inteligencji. W Teheranie w 1943 i w Jałcie w 1945 roku spotkało się trzech przywódców państw, zarazem trzech chorych na nadciśnienie. Oto jak wygląda „wielka trójka" w oczach patologa H. Bankla.

Franklin Delano Roosevelt, amerykański prezydent, nie tylko z porażeniem po chorobie Heinego-Medina (poruszał się na wózku), ale również wskutek wieloletnich kłopotów z nadciśnieniem „wychudzony, trzęsący się, wyczerpany psychicznie, sklerotyk i hipertonik, z trudem piszący czytelnie", nie miał ani fizycznych, ani psychicznych sił, by być równorzędnym partnerem rozmów. Wkrótce potem zmarł.

Winston Churchill, „charakter maniakalno-depresyjny, który w fazach ekstrawertyczno-euforycznych bywał znakomitym strategiem i politykiem", był jedynym godnym partnerem Stalina.

Józef Stalin, najzdrowszy z trójki, ale już chory na nadciśnienie, co uwidoczniło się w Poczdamie, gdy siedział naprzeciw H. Trumana. Wkrótce jednak choroba dała znać o sobie i w ostatnich latach był drażliwy, podejrzliwy i autorytarny; stał się tyranem. Takie zmiany są typowe dla chorych z nadciśnieniem. Zmarł w wyniku wylewu[11].

Ci ludzie zawierali układy międzypaństwowe, których skutki odczuwalne są do dziś.

I pomyśleć: żeby prowadzić tramwaj, trzeba przejść badania psychotechniczne, a to, „czy osoba z nadciśnieniem może prowadzić samochód, zależy od stopnia zaawansowania nadciśnienia [...]. Jeśli choroba ma postać bardziej zaawansowaną i występują powikłania, zwłaszcza ze strony ośrodkowego układu nerwowego, prowadzenie samochodu stwarza zagrożenie dla kierowcy i otoczenia. [...] Decyzję zawsze podejmuje lekarz w odniesieniu do indywidualności pacjenta" (Encyklopedia zdrowia).

A polityków nie obowiązują żadne badania lekarskie.

Współcześni historycy i lekarze usiłują rozwiązać problem psychicznej choroby Hitlera i Stalina. Stalin był diagnozowany, co tragicznie skończyło się dla psychiatry i jego rodziny. Hitler cierpiał na chorobę Parkinsona i miał zmiany organiczne w mózgu. Te choroby bezwarunkowo miały wpływ na ich zbrodniczą działalność. Ale problem hitleryzmu i stalinizmu leży daleko poza ich chorą psychiką. Setki podobnie chorych żyją wśród nas, korzystając z ambulatoryjnej lub zamkniętej pomocy lekarskiej, a z ich choroby nie wynika bezmierne zło, jak w tych dwóch przypadkach. Czy tylko dwóch? Historia pełna jest monstrów

szukających sposobów uszczęśliwienia ludzkości na swój własny sposób, z rezultatami zawsze przerażającymi. Są to problemy wykraczające poza rozwiązania czysto medyczne, ale należy być ich świadomym.

Te wszystkie przykłady są nie z historii medycyny, lecz z historii medycznej lub medycyny historycznej, mało u nas znanej, mówiącej o uwarunkowaniu wydarzeń historycznych przez zjawiska medyczne. Przykłady można by mnożyć w nieskończoność, również z naszej polskiej historii. Dlaczego Kazimierz Wielki zmarł bez męskiego potomka? Jaka choroba była przyczyną niepłodności Zygmunta Augusta? W jednym i drugim przypadku oznaczało to koniec dynastii, a to przecież miało ważkie znaczenie dla biegu historii. Przedwczesna śmierć Stefana Batorego wywołała wzajemne oskarżenia ze strony leczących go lekarzy, bowiem posądzano ich o otrucie króla na zlecenie Rosji. Polemika została utrwalona na piśmie. Stąd, po kilkuset latach prof. F. Walter, zwoławszy konsylium lekarskie, mógł się pokusić o postawienie diagnozy: choroba nerek.

W. Ziembicki zajmował się „zdrowiem i chorobą" Sobieskiego, pisał o chorobie Jana Ostroroga i Barbary Radziwiłłównej, do którego to tematu niedawno powrócił Z. Kuchowicz.

Medycyna ze swoimi problemami zdrowia i choroby, życia i śmierci, cierpienia i jego łagodzenia, znajdywała swoje odbicie w literaturze i w sztuce, czego, choć w minimalnym stopniu, damy poniżej dowody. Swój ślad pozostawiła nawet w niedzielnej liturgii mszalnej. Ale nie uprzedzajmy faktów. Tu wystarczy stwierdzić, że współczesnej medycyny nie można w pełni zrozumieć bez uwzględnienia jej historycznego przebiegu. A także, iż

zrozumienie historii i kultury również będzie uboższe, jeśli pozbawi się je, choćby w minimalnym stopniu, znajomości współtworzącego je czynnika, jakim była medycyna.

Książka, którą oddaję w ręce Czytelnika, nie ma ambicji stać się podręcznikiem historii medycyny. To nie byłoby ani rozsądne, ani potrzebne, wobec znakomitego podręcznika, jakim dysponuje nauka polska, a mianowicie dzieła Władysława Szumowskiego *Historia medycyny filozoficznie ujęta* (kilka wydań). Uzupełnieniem są dwa podręczniki wydane po wojnie: Bronisława Seydy *Dzieje medycyny w zarysie* (Warszawa 1962 i następne wydania) oraz podręcznik opracowany zbiorowo pod redakcją Tadeusza Brzezińskiego *Historia medycyny* (Warszawa 1988 i następne wydania).

Książka ta, w intencji autora, ma zaspokoić pierwszą ciekawość Czytelnika i zachęcić go do sięgnięcia po obszerniejsze dzieła oraz do wnikliwszego zajęcia się przeszłością własnej specjalności. Im bardziej zbliża się w stylu do pogadanki, tym bardziej osiąga cel, jaki wyznaczył sobie autor, znając, niestety z własnego doświadczenia, jak nudnym przedmiotem może być historia, a przecież jest to przedmiot, bez którego – jak już stwierdziłem – nigdy nie zrozumiemy, kim jesteśmy: jako Europejczycy, jako Polacy, jako lekarze. Każdy w swoim zakresie.

Składam serdeczne podziękowanie prof. dr. med. hab. Zbigniewowi Domosławskiemu (Jelenia Góra) za wnikliwą, merytoryczną ocenę książki, prof. dr. med. hab. Ryszardowi

Chrzanowskiemu (Szwajcaria) za uwagi i rady oraz za trafne spostrzeżenia kol. kol. Kamili Rozesłaniec, Radosławowi Litwinowiczowi, Kamilowi Bekalarkowi z Koła Naukowego przy Katedrze Historii Medycyny CM UJ, a zatem studentom medycyny, dla których ta książka jest w pierwszym rzędzie przeznaczona.

Przypisy

[1] W. Szumowski, *Historia medycyny filozoficznie ujęta,* Sanmedia, Warszawa 1994.

[2] J. Tazbir, *Kultura szlachecka w Polsce. Rozkwit – upadek – relikty*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1979.

[3] K. Bergdolt, *Warum Medizingeschichte?*, „Deutsches Ärzteblatt" 1998, nr 95, s. 608. [Wszystkie cytaty, jeżeli nie jest to zaznaczone inaczej, we własnym tłumaczeniu autora – Z.G.]

[4] J. Hoß, *Fatale Auswirkungen* [i inne głosy w dyskusji], „Deutsches Ärzteblatt" 1998, nr 95, s. 1925–1928.

[5] Cyt. za: W. Szumowski, *Historia medycyny*..., s. 651.

[6] J. Aleksandrowicz, *Kartki z dziennika doktora Twardego*, WL, Kraków, Wrocław 1983, s. 42.

[7] Herodot, *Dzieje*, przekł. S. Hammer, Czytelnik, Warszawa 1954, s. 110.

[8] H.-J. Neumann, *Weltgeschichte im Spiegel von Krankheiten*, Quintessenz 1991.

[9] E. Gudowska-Nowak, D. Bakś, *O wampirach, nanorurkach i tajemnicach porfiryn*, „Alma Mater" 2006, nr 80, s. 24.

[10] R.H. Major, *Ein Arzt erzählt Kulturgeschichte*, Berlin, Wiedeń, Lipsk, Zsolnay 1937.

[11] H. Bankl, *Der Pathologe weiß alles... aber zu spät*, Goldmann, Berlin 2003, s. 82.

I. Medycyna ludów pierwotnych

1. Wprowadzenie

Co to jest medycyna? Zdawać by się mogło, że o odpowiedź nietrudno. Wystarczy sięgnąć po pierwszą lepszą encyklopedię czy leksykon, by znaleźć odpowiednie wyjaśnienie. Ale wiemy, że to nie jest takie proste. To tak, jak ze zdrowiem: „Jak cenić cię trzeba ten tylko się dowie, kto cię stracił". To znamy, ale z tego nie wynika definicja zdrowia. A nad nią trudzili się eksperci ze Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) i, choć podali najbliższą prawdy, sami byli świadomi, że jest daleka od doskonałości. Podobnie z medycyną. Żadna z dotychczasowych definicji nie może w pełni zadowalać nikogo, kto związał się z nią na co dzień.

Jedno jest pewne: aby zrozumieć, czym jest medycyna, trzeba na nią spojrzeć w aspekcie historycznym. Medycyna, w jej zastosowaniu praktycznym, wykazuje w swym rozwoju trzy etapy:

1) leczenie chorób i łagodzenie cierpienia – medycyna lecznicza;

2) zapobieganie chorobom – medycyna profilaktyczna;

3) wzmacnianie sił fizycznych i duchowych – medycyna pozytywna, medycyna zdrowego człowieka.

Najdłuższy jest okres pierwszy. Elementy drugiego znajdujemy już w starożytnym Izraelu, ale wiemy, że dopiero po poznaniu przyczyn chorób medycyna zapobiegawcza mogła być skuteczna, a to pojawiło się późno. I wreszcie, choć elementów medycyny pozytywnej nie brakowało w przeszłości, przecież mówi się o niej (być może nawet więcej mówi niż robi) w ostatnim stuleciu[1].

2. Początki medycyny

U początków medycyny był ból i cierpienie. Stanowią one nieodłączny element ludzkiej egzystencji, który dotyczy nie tylko człowieka, ale całej przyrody ożywionej. Ale to jeszcze nie jest medycyna. Medycyna zrodziła się nie z bólu i cierpienia, ale z potrzeby przyniesienia pomocy człowiekowi cierpiącemu z powodu choroby. Świetnie to wyraził jeden z najwybitniejszych krakowskich uczonych, Jan Miodoński:

> „Nie umiałbym podać definicji *homo sapiens*, natomiast jestem przekonany, że wiem, w jakiej fazie rozwoju należy nazwać istotę ludzką człowiekiem. Będzie to ta faza, w której istota owa stała się zdolną do współczucia i miłosierdzia.
> W tym samym momencie zaistniały warunki dla narodzin medycyny; dlatego powiedzieć możemy, iż medycyna jest tak stara jak ludzkość.

> Przedmiotem tak pojętej medycyny jest nie tylko choroba, ale i śmierć, która jest integralną częścią procesów życia, nie tylko ból fizyczny, ale i nieszczęście, nie tylko pomoc fizyczna, której formy i sposoby ciągle się zmieniają, ale i pomoc moralna, której zasadnicze formy wykazują trwałość niezwykłą”[2].

Na medycynę składają się trzy nawarstwiające się w przebiegu historycznym elementy: magia, empiria, nauka.

3. Supranaturalizm

Człowiek żyje wśród zjawisk przyrody, z których jedne występują niezwykle regularnie (wschody i zachody słońca, fazy księżyca, pory roku), inne zjawiają się nieoczekiwanie i są groźne (burze z piorunami, trzęsienia ziemi, wybuchy wulkanów). U człowieka pierwotnego zrodziło to wiarę w siły nadprzyrodzone. Teorię głoszącą istnienie owego świata tajemnego nazywamy supranaturalizmem.

Poza tym człowiek z łatwością zauważał różnicę pomiędzy żywym a martwym człowiekiem, zwierzęciem, rośliną. Wnioskował, że jest coś, co ożywia jednych, a czego brak drugim. Nazwano to później animizmem (łac. *anima* – dusza lub *animus* – duch). W czasie snu dusza opuszcza człowieka czasowo, a przy śmierci już bezpowrotnie. Ale istnieje nadal i zamieszkuje lasy, gaje, pustkowia lub bierze w posiadanie rzeczy, miejsca, ludzi. W tym rzecz, że nie zawsze są to duchy człowiekowi życzliwe,

a wtedy dzieją się z nim rzeczy dziwne: upada nagle w konwulsjach, co kilka dni poci się i traci kontakt z otoczeniem, chociaż z „kimś" rozmawia, bywa, że tężeje i w kilka dni w boleściach umiera. Jest to człowiek chory. Związek między przyczyną i skutkiem jest jasny; można już mówić o nieudolnym zawiązku teorii choroby.

Gdy zrodzi się wiara w bogów, im również przypisze się różnorodne działanie, które można wywołać za pomocą teurgii (magii). Pojawi się wtedy kapłan-czarownik, pośrednik pomiędzy światem widzialnym a niewidzialnym, który podejmie się działania leczniczego; nauka nazwie to taumaturgią (moc czynienia cudów). To on będzie się starał ustalić, dlaczego nieszczęśnik uległ takiej chorobie, a następnie postara się udobruchać nieżyczliwego ducha modlitwą i ofiarą. W zakresie jego możliwości działania pozostają jeszcze inne środki: zamawianie i wypędzanie. Służyć temu będzie rozwój całej obrzędowości. Czarownik zakłada odpowiedni strój, ubiera maskę o przerażającym wyglądzie, która ma wypłoszyć „złego gościa" z chorego. Takie maski, w tym samym celu sporządzone, znajdą się później na odrzwiach domów greckich i rzymskich, a z rozwojem renesansu i na budynkach wtedy powstających. Widzimy je do dziś na attyce krakowskich Sukiennic.

Człowiek pierwotny bał się nieznanego bóstwa i otaczał je trwożliwym szacunkiem. Narząd płciowy, który jest zarazem narządem moczowym (*apparatus uro-genitalis*), należy do mniej szlachetnych organów ciała ludzkiego (co w słownictwie deprecjonującym przeciwnika pozostało do dziś). Stąd oddając mocz, mężczyzna stara się ukryć swój narząd za zasłoną drzewa,

krzewów, płotu, by jego jawnym widokiem nie obrażać bóstwa. Kobiety oddają mocz, stojąc w rozkroku, mężczyźni, bywa, kucając, by nie zamoczyć fartuszka, którym zasłaniają genitalia (współcześnie na Zachodzie zachęca się do tej pozycji).

Kobiety chodzą z odsłoniętymi piersiami, ale dolne partie zakrywają. Wstydliwość jest czymś wrodzonym i potrzebnym. Pigmejki, którym nie udało się znaleźć życiowego partnera, starannie zasłaniają swoje wdzięki, co wzbudza zaciekawienie i pożądliwość. Współcześni ginekolodzy odczuwają to na swój sposób, zalecając: „Zakryj ciało, by działało". Czy to jest potrzebne?

Pisarz Adam Grzymała Siedlecki, który znalazł się w 1919 roku w Paryżu, pisał:

> „Zaznajomiłem się tam i pokumałem z pewnym starszym jegomościem. [...] Asumptu do znajomości dostarczyła mi pewna jego uwaga, gdy w czyimś towarzystwie siedząc tuż koło mnie, dowiedział się, że w Casino de Paris pokazują »numer«, w którym występuje kobieta najdosłowniej naga. Stary Francuz zamyślił się głęboko, niemy zamysł przeszedł następnie w szczere zmartwienie, można by nawet powiedzieć – ból: »Tak mężczyzn przyzwyczajają do nagości kobiecej, że mężczyzna straci pociąg do kobiety. Zobaczycie, że straci« – wykrzyknął już desperacko"[3].

Czy zmartwienie starego Francuza było całkiem bezpodstawne? Spadek urodzin jest chyba dowodem prawdziwości jego stwierdzenia. Należy nawet rozważyć, czy rozpowszechnienie nagości nie pozostaje w stosunku odwrotnie proporcjonalnym do spadku urodzin?

Wstyd należy do kondycji ludzkiej. „Przełamywanie tabu", o jakim się dzisiaj w różnym kontekście słyszy, jest głupstwem. To nie człowiek wymyślił wstyd, to wstyd wzrasta w nim i pojawia się na pewnym etapie rozwoju osobniczego. „Jest taki moment, kiedy

córka zamyka drzwi od łazienki, już nie można tam wejść, już nie można jej myć – ona coś odkryła. Myślę, że ona odkryła swoją nagość, swoją cielesność" – mówił Krzysztof Piesiewicz w interesującym wywiadzie zatytułowanym „O wstydzie i nagości". To on twierdzi, nie bez racji, że największą pruderią współczesności jest wstydzenie się wstydu:

> „Warto by było już na wstępie powiedzieć, że wstydu nie warto się wstydzić, że jest on elementem człowieczeństwa, godności, znakiem transcendencji, czyli wszystkiego, co konstytuuje nasz byt. [...]
> Wstydzę się, ponieważ nie chcę być używany. Przestaję się wstydzić, kiedy daję siebie i ktoś to akceptuje, kiedy nie doznaję poczucia odrzucenia, gdy mam świadomość moralnego punktu odniesienia".

Dotykamy zatem sprawy bardzo poważnej, która pojawiła się gdzieś u pierwocin człowieczeństwa, w pierwszym uczuciu wstydu, jakiego doznali nasi prarodzice, i nie znajduje końca, jest żywa i aktualna, a cała manipulacja „bierze się stąd, że rynek jest dziś wielką kurtyzaną, wielką nierządnicą współczesną". Zważmy, to nie grzmi z ambony kaznodzieja powtarzający stereotypy, lecz adwokat, scenarzysta i polityk, wypowiadający się z potrzeby umysłu i serca. Dodajmy, za nim, jeszcze jeden bardzo mocny akcent: zachowały się strzępy filmu dokumentalnego z obozu zagłady, przedstawiające nagie kobiety idące do komory gazowej. Wszystkie zasłaniają intymne części swego ciała:

> „Ten wstyd jest ostatnią manifestacją człowieczeństwa, jest znakiem największego oporu przeciwko bestialstwu. To jest niema i pewnie nieświadoma manifestacja godności, ponieważ to, co one czynią, nie ma właściwie żadnego znaczenia, nie może zatrzymać przemocy"[4].

Lekarz, który z racji swego zawodu ma do czynienia z pacjentem obnażonym, musi pamiętać o godności ludzkiej, o uczuciu wstydu,

które jest nam przyrodzone, i winien wykazywać maksimum taktu.

4. Zasady myśli magicznej

Magię określa się jako

> „zespół czynności i praktyk, najczęściej o charakterze symboliczno-rytualnym, mających na celu opanowanie sił nadprzyrodzonych oraz przemianę rzeczywistości pozostającej poza sferą normalnego oddziaływania człowieka”[5].

Są dwa podstawowe prawa dotyczące myśli magicznej, którą posługiwali się ludzie pierwotni:

1. Prawo przeniesienia choroby – *contagium*. Przedmioty, które były w pewnym kontakcie z drugim przedmiotem, wywierają na siebie stały wpływ, niezależnie od tego, jak daleko zostały oddalone. To dotyczy również człowieka i przedmiotu. Zgubienie lub porzucenie przez wojownika jakiejś rzeczy (dzida, nóż) może okazać się dla niego zgubne, jeśli przeciwnik przez ten przedmiot będzie oddziaływał szkodliwie na właściciela. Dlatego członkowie plemion pierwotnych zagrzebywali kał, obcięte paznokcie i resztki jedzenia nie ze względów higienicznych, ale w obawie przed manipulacjami magicznymi.

2. Prawo podobieństwa. Przedmiot lub okoliczności, które mają pewne podobieństwo w kształcie, kolorze lub następstwie wydarzeń, są z sobą związane. Dlatego np. w leczeniu żółtaczki łapie się żółtego ptaka, odmawia formuły magiczne, po czym

wypuszcza się go, w przekonaniu, że żółć będąca przyczyną (nie objawem) choroby wraz z nim odleci w przestworza.

W medycynie znajdzie to później analogię w teorii sygnatur i w zasadzie *similia similibus curantur* – podobne leczy się podobnym.

Te i inne działania wynikają ze stwierdzenia, że prawo naturalne może być majoryzowane, a nawet anulowane przez nadnaturalną siłę ducha. To twierdzenie było podstawą przesądów, w które obfitowała medycyna ludów pierwotnych. Wiara w nadzwyczajne, ponadzmysłowe pochodzenie choroby prowadziła do prostego wniosku: chorobę można opanować nadzwyczajnymi, ponadzmysłowymi sposobami. Problem wewnętrznego przekonania, wiary, był u nich nieprawdopodobnie silny i mógł prowadzić zarówno do wyleczenia, jak i do śmierci. Do dziś w niektórych szczepach wykonuje się wyrok w swoisty sposób: członka szczepu, który dopuścił się niegodziwego czynu, powiadamia się o wyroku śmierci mającej nastąpić w określonym czasie. Najzdrowszy dotąd człowiek „więdnie" w oczach, opuszczają go siły witalne i, mimo udzielanej mu przez współczesną medycynę pomocy, umiera w wyznaczonym czasie.

Wiesław Nasiłowski, który wiele lat spędził w Afryce, opisywał niezwyczajne dla Europejczyka wydarzenia:

> „Opowiada ojciec Teofil:
> Pewnego razu tabu doprowadziło do tragedii. Był chłopiec, któremu nie wolno było jadać bananów.
> – Bananów? – wołam. – Tu w kraju bananów? Tu, gdzie banany są często obok manioku najważniejszym elementem jadłospisu?
> – Tak jest: nie wolno mu było jadać bananów. Czarownik wytłumaczył ojcu, że banany będą dla małego tabu. Żadnych bananów. Nigdy. Jeśli zje choćby najmniejszy kawałek banana, umrze.

– Umrze? Brednia!

– Brednia? Proszę posłuchać dalej. Chłopiec był uczniem w szkole misyjnej. Dano mu kiedyś do zjedzenia potrawę z ryby. I było wszystko w porządku. Dowiedział się jednak przez kogoś usłużnego, że w garnku, w którym przygotowano rybę, gotowały się poprzedniego dnia banany i że pozostały tam resztki tych owoców. I że on zjadł z rybą kawałki banana.

– I co?

– Chłopiec dostał natychmiast konwulsji. Przewieziono go do szpitala i lekarz Belg ratował go, jak mógł. Niestety, nic nie pomogło.

– I co? Chłopiec zmarł?

– Tak jest. Zmarł na drugi dzień”[6].

Do odwiecznych motywów myślenia pierwotnego należy przekonanie, że choroba i śmierć są karą za złe postępowanie osoby dotkniętej chorobą lub karą za występek jednego z przodków. Dlatego wezwany do chorego czarownik, dla ustalenia przyczyny, zaczyna leczenie od wywiadu, a to z potrzeby przywrócenia równowagi psychicznej chorego. J. Sędzik, który obserwacje swoje prowadził w Kamerunie na plemieniu Bantu, twierdzi, że tam przyczyna choroby przypisywana jest samemu choremu bądź innym ludziom żywym lub umarłym. Człowiek, który przychodzi z pomocą, jest nazywany „uzdrowicielem”. Należy odróżnić go od czarownika. Uzdrowiciel posługuje się spreparowanymi przez siebie lekami, choć naprawdę nie przywiązuje do nich większej wagi.

„Istotne w jego terapii jest nawiązanie przyjaznych stosunków z chorym i jego rodziną oraz zdobycie ich zaufania. [...] Istotą tradycyjnego leczenia jest przywrócenie równowagi psychicznej, harmonii między chorym i jego otoczeniem [...]. Stosunki międzyludzkie są bardzo ważną sprawą dla ludzi Bantu. Gdy te relacje zostają zburzone, zburzony zostaje ład społeczny, a jego brak otwiera drogę do wolnego działania czarowników

> i różnych sił ciemności.
> Choroba jest przykładem takiego stanu rzeczy. Przed rozpoczęciem leczenia uzdrowiciel stara się poznać uchybienia w stosunkach chorego do jego otoczenia, gdyż sztuka leczenia polega na przywróceniu dobrych stosunków między chorym i jego najbliższymi, które zostały zerwane na skutek przewinień chorego. Uzdrowiciel musi doprowadzić do uzdrowienia serc zranionych złym postępowaniem chorego, aby później przywrócić zdrowie temu ostatniemu. Ryt uzdrowienia z plemienia Beti w Kamerunie ukazuje wyraźnie, że dla Bantu uzdrowienie serca jest warunkiem uzdrowienia ciała”[7].

Nie sądźmy, aby owo przekonanie o winie kiedykolwiek opuściło człowieka, aczkolwiek rzadko jest tak w pełni uświadamiane, jak przez ludzi pierwotnych. W leczeniu nerwicy depresyjnej chory mimowolnie przeciwstawia się leczeniu, mając nie w pełni uświadomione poczucie, iż choruje wskutek własnej winy, a uwolnienie od cierpienia byłoby sprzeczne ze swoiście pojętą „sprawiedliwością”.

Mimo przykładu Hioba, mimo przykładu niewinnie cierpiącego Chrystusa, przekonanie o winie towarzyszy ludzkości przez wieki. Dlatego dużym uproszczeniem jest to, co się pisze i czyta o średniowieczu, że chorobę traktowano wtedy jako karę za grzechy i chorym się nie przejmowano. Gdyby tak istotnie było, gdyby uważano, że choroba pochodzi z wyroków boskich, kto śmiałby się im przeciwstawić? A dowodów opieki nad chorymi w tym czasie nie brakuje. To właśnie *caritas christiana* zniewalała wielu, aby idąc za wzorem Chrystusa, który przecież tak licznie uzdrawiał, przychodzić z pomocą, nawet za cenę własnego życia, co w czasie epidemii miało wielokrotnie miejsce. Przypomniał to papież Jan Paweł II w *Evangelium vitae* (I, 27):

> „Kościół, idąc za przykładem Jezusa, »dobrego Samarytanina«, i z Niego czerpiąc swoją moc, stał zawsze w pierwszej linii na wszystkich tych frontach działalności charytatywnej: wiele jego synów i córek, zwłaszcza zakonnice i zakonnicy, przyjmując dawne, ale zawsze aktualne formy działania, poświęciło i nadal poświęca życie Bogu, oddaje je z miłości bliźnim najsłabszym i najbardziej potrzebującym".

Temu twierdzeniu trudno zaprzeczyć.

Medycyna ludów afrykańskich, a zapewne wszystkich innych żyjących w pierwotnych warunkach, otoczona jest tajemnicą niedostępną białym. Nasiłowski, który był ciekaw, co mieszkańcy Afryki myślą na temat zdrowia i choroby, a zwłaszcza na temat leczenia, nie dowiedział się niczego poza tym, co mógł zaobserwować sam:

> „Co mogę napisać o tutejszej medycynie pierwotnej?
> Od razu muszę powiedzieć, że sprawa wcale nie jest prosta i łatwa do obserwowania. Jest ona otoczona milczeniem. Na ten temat wykształceni Afrykanie nie mają wyraźnie ochoty rozmawiać i pozbywają się wścibskich pytań ogólnikami i powszechnie utartymi banalnymi powiedzeniami. Sprawa wiąże się z wierzeniami, religią, czarami, a więc z natury swej są to zagadnienia ściśle tajne i nie przeznaczone dla uszu profana. Afrykanie wierzą w czary, w siły nadprzyrodzone, w możliwość rzucenia uroku. Istnieją też rozmaite tabu. Amulety są w powszechnym użyciu. Zabobon króluje tu nadal w umysłach i sercach nie tylko prymitywnych ludzi, ale często również i w umysłach tych najbardziej wykształconych"[8].

Potwierdza tym samym obserwacje innych lekarzy. Niektórzy z nich zetknęli się z czarownikami, znachorami czy jak ich z angielska nazywają jujumenami. Jeden z nich przyszedł do lekarza europejskiego po pomoc w chorobie. Na zdziwienie Europejczyka odpowiedział: Co do zdrowia fizycznego, wy jesteście lepsi, my jesteśmy od spraw duchowych. I to się potwierdza. Stary

lekarz opuszczający Afrykę takiej udzielił rady swemu następcy: W sprawach psyche nie bierz się za leczenie, lecz odeślij chorego, niech wróci do domu i pójdzie do swego czarownika. Ten go zamknie w świątyni i po kilku tygodniach wyleczy. To również widział Nasiłowski:

> „Tutejsi Murzyni wierzą w istnienie »choroby diabelskiej«, ma to być coś w rodzaju opętania. Chorują na nią przeważnie kobiety. Nie otrzymałem dokładniejszych danych na temat objawów. Zrozumiałem, że to coś w rodzaju histerii, zespół zabobonnego lęku, urojeń, wyczyniania dziwactwa, a przede wszystkim wiara w to, że »zły duch w nią wstąpił«. Leczenie polega na noszeniu dzwoneczków na nogach i rękach, na malowaniu się czerwoną farbą i jeszcze na jakichś rytualnych obrzędach. Po kilku czy kilkunastu tygodniach, kiedy leczenie się kończy, odbywa się wielka uroczystość obrzędowa i ceremonialna: kobieta oczyszczona maluje się cała i naga bierze udział w uroczystym pochodzie z tam-tamami, świszczałkami, tańcami itp.”[9].

Niewiarygodne, jak wiele problemów nierozwiązanych stoi jeszcze przed medycyną. Gdyby tylko próbować je rozwiązać, ileż by dobra z tego wynikło.

5. Paleopatologia

O chorobach, na które cierpieli ludzie pierwotni, mówią nam wykopaliska. Naukę o nich nazywamy paleopatologią. Zmiany, jakie możemy dzięki wykopaliskom obserwować na częściach stałych ciała, dotyczą chorób zwyrodnieniowych, zmian pourazowych, gruźlicy. Poszukiwano objawów późnej kiły

w amerykańskim materiale kopalnym z czasów przedkolumbijskich. Bada się (również na terenie Polski) czaszki ludzi, u których wykonano trepanację za życia i to z pomyślnym skutkiem. Zmiany bliznowate świadczą o przeżyciu. Dlaczego je wykonywano? Bywa, że w wyniku urazów dochodziło do wgłobienia kości pokrywy czaszki, co powodowało silne bóle głowy i wymagało repozycji. Ale były też względy nieracjonalne, czysto magiczne, dla których wykonywano otwór trepanacyjny. Jeśli „coś" weszło w obręb mózgoczaszki, kołatało, bo nie mogło wyjść, trzeba mu było pomóc. Stąd potrzeba trepanacji, która stwarzała drogę do wyjścia. Jest rzeczą zadziwiającą, że zabiegi te do dziś są wykonywane pomyślnie w środkowej Afryce – bez zabezpieczenia aseptycznego, przy minimalnej śmiertelności.

A co z próchnicą zębów? Jest ona zauważalna na materiale kopalnym sprzed kilku tysięcy lat – jednak w mniejszym stopniu niż dziś. A to nie tylko dzięki innej diecie (mniej cukru), lecz dzięki pewnym mechanizmom ochronnym. Otóż przy spożywaniu pokarmów, mniej oczyszczonych niż obecnie, dochodziło w daleko większym niż teraz stopniu do ścierania zębów. Do ścierania dochodziło nie tylko na powierzchni żującej, ale też w przestrzeniach międzyzębowych. Jedno i drugie miało korzystne znaczenie dla człowieka pierwotnego.

W pierwszym przypadku ścieralność dotyczyła szkliwa, a z nim początkujących postaci próchnicy. W drugim umożliwiała przemieszczanie się zębów w kierunku doprzednim. To było ważne. U człowieka współczesnego wyraźnie jest zaznaczona redukcja długości trzonu żuchwy, przy zachowanej pierwotnej wielkości zębów. Stąd bywają kłopoty z wyrzynaniem zębów

mądrości, dla których często brakuje miejsca. Tego problemu nie mieli ludzie pierwotni. Jednak dają się zaobserwować na materiale kopalnym zmiany próchnicze powikłane ropnym zapaleniem miazgi i przetoką, które mogły być nawet przyczyną zejścia śmiertelnego.

6. Empiria

Nie należy sądzić, że magia zanikła wraz z rozwojem kultury, albo że utrzymuje się tylko w społeczeństwach prymitywnych. Magia towarzyszyła ludziom kultur Dalekiego i Bliskiego Wschodu, była znana w Egipcie, Grecji i Rzymie, nie była całkiem obca religiom monoteistycznym: judaizmowi, chrześcijaństwu i islamowi. Izrael odciął się od uprawiania magii, a za nim poszło chrześcijaństwo, lecz magia powracała i pojawiała się nie tylko wśród nieoświeconych warstw społeczeństwa, ale również w sferach dworskich i wśród lekarzy (zwłaszcza magia lecznicza). Widzimy ją u Paracelsusa i Mesmera, według których człowiek może zapanować nad duchową zasadą świata.

Ile skłonności do magii tkwi w świadomości, a jeszcze bardziej w podświadomości współczesnego człowieka? Tego nie wiemy. Ale lekarz musi zdawać sobie i z tego sprawę.

Obok praktyk magicznych pojawia się w medycynie pierwotnej skuteczne działanie w postaci środków leczniczych i czynności technicznych. Jest to empiria. Według Szumowskiego empirią

nazywamy „dorywcze wykrywanie, mniej więcej na ślepo, związków między działaniem a następstwem. Wybór działania jest uzasadniony, co najwyżej, poprzednim doświadczeniem, nie zaś teorią".

Zdaniem starożytnych autorów, człowiek miał nauczyć się stosowania środków leczniczych, podpatrując zwierzęta.

7. Czego nauczyliśmy się od zwierząt?

Czy rzeczywiście można było nauczyć się czegoś od zwierząt? Tak. Widzimy, jak pies i kot wylizują rany. Zatem robią to, co chirurg nazwie kosmetyką rany, czyli przyspieszają proces gojenia przez oczyszczenie jej z piasku i wszystkich zabrudzeń; poza tym poddają ją działaniu śliny, która ma właściwości bakteriobójcze. Można też zaobserwować, że zwierzęta pozbywają się pasożytów; niektóre z nich, np. małpy, robią to sobie nawzajem. Zwierzęta wygrzewają się na słońcu, usuwają ciała obce, przemywają chore kończyny. Odkrycie niektórych źródeł mineralnych związane jest z obserwacją zachowania się leczniczego zwierząt.

Erazm z Rotterdamu, który znalazł wiadomości na ten temat w *Historia naturalis* Pliniusza Starszego, w dziele Plutarcha *De sollertia animalium* oraz w Arystotelesa *Historia animalium*, pisał:

> „[...] może warto sięgnąć po przykład z życia bezmyślnych zwierząt. Nie jest bowiem wstydem nawet od nich uczyć się rzeczy tak wiele pożytku dającej w przyszłości. Bardzo wiele nauczył się już niegdyś od nich rodzaj ludzki. Wszak hipopotam pokazał nam puszczanie krwi. Robienia

> lewatywy, co tak bardzo cenili synowie Eskulapa, nauczył ibis, ptak Egiptu. Od jeleni nauczyliśmy się, że ziele *diktamnon* pomaga przy usuwaniu z ciała strzał. One również odkryły nam, że spożywanie raków jest lekarstwem na ukąszenie pająka. Ba, nawet za nauczycieli mamy jaszczurki, wiemy od nich, że *diktamnon* leczy ukąszenie węża. Te bowiem zwierzęta już ze swej natury prowadzą walkę z wężami, a ukąszone leczą zranienia szukając ratunku w tej roślinie”[10].

Również zwierzęta, wcześniej niż człowiek, zwróciły uwagę na pewne właściwości ziół. Pliniusz pisał o jeleniach:

> „Samice przed wydaniem na świat potomstwa, zażywają dla celów oczyszczających pewną roślinę zwaną koprownikiem, dzięki której łatwiej rodzą. Po urodzeniu najpierw najedzą się dwóch ziół, które nazywają się ostróżka i koprownik, a potem dopiero wracają do swego pomiotu: z jakiegoś powodu pragną, żeby pierwsze soki mleka były przepojone tymi ziołami”[11].

Koprownik (*Tordylium officinale* L.) znany był starożytnym jako lek przeczyszczający i wywołujący poronienie.

Skład środków leczniczych pochodzenia roślinnego zmieniał się w zależności od gatunków roślin, których dany region dostarczał. Całe wieki później, gdy dojdzie do spisywania i opisywania roślin oraz ich działania, zrodzi się przeświadczenie (naukowo nieuzasadnione), że lokalnie występujące rośliny dostarczają surowców przeciw występującym endemicznie chorobom.

Ale poza środkami leczniczymi (nie tylko roślinnymi), bardzo potrzebne było działanie doraźne, zwłaszcza w przypadkach urazowych. A tych dostarczały polowania i utarczki międzyplemienne. Stąd zrodziła się potrzeba i umiejętność zaopatrywania ran, tamowania krwotoków, usuwania ciał obcych, nacinania lub wysysania ropni, trepanacje. Te umiejętności, z czasem wzbogacane, przechodziły z pokolenia na pokolenie

i utrwaliły się później w rzemieślniczych umiejętnościach chirurgów, czyli cyrulików.

Ten proces zbierania doświadczeń trwa nadal. Turyście nad Adriatykiem zdarza się bolesna przygoda, gdy nadepnie w morzu na jeżowca; jego kolce trzeba było wyjmować operacyjnie. Tymczasem, jak się okazało, skuteczne jest przyłożenie owocu papai. Niektórzy stosują coca-colę jako odrdzewiacz. To są całkiem współczesne doświadczenia. Jak i ta obserwacja: gospodyni na wsi „wróży", patrząc na niebo: za dwa dni będzie zmiana pogody. Dlaczego? Za samolotem ciągnie się długi warkocz. I tak się dzieje. A przecież nie jest to obserwacja przekazana przez pokolenia, bo samolotów odrzutowych dawniej nie było.

To wszystko dowodzi, że towarzysząca człowiekowi od prawieków empiria – wiedza zdobywana przez obserwację i doświadczenie – rodzi się nadal i będzie mu towarzyszyć póki będzie istniała ludzkość.

U ludzi pierwotnych istniały i istnieją wartości, których można im pozazdrościć. Jedną w nich był kult przodków. Dostrzegł tę ich wartość Jan Paweł II. W jednym z przemówień powiedział:

> „Należałoby w tym miejscu wspomnieć o wszystkich religiach pierwotnych, religiach typu animistycznego, które na pierwszy plan wysuwają kult przodków. Wydaje się, że ich wyznawcy są szczególnie bliscy chrześcijaństwu. Z nimi też najłatwiej znajduje wspólny język działalność misyjna Kościoła. Czyż w tym kulcie przodków nie ma jakiegoś przygotowania do chrześcijańskiej wiary w Świętych Obcowanie, dzięki której wszyscy wierzący – żywi lub umarli – tworzą jedną

> wspólnotę, jedno ciało? A wiara w Świętych Obcowanie to ostatecznie jest wiara w Chrystusa, który sam jeden jest źródłem życia i świętości dla wszystkich”[12].

W przełożeniu na historię medycyny to szacunek dla naszych poprzedników i ich osiągnięć: naukowych i leczniczych. Przeglądając katalogi coraz bardziej sprawnych urządzeń diagnostycznych i foldery firm farmaceutycznych proponujących coraz to inne rozwiązania lecznicze, można sądzić, że dopiero współczesny lekarz jest w stanie podołać zadaniom walki z bólem, chorobą i śmiercią. Młody Kolego, adepcie medycyny, wejdź w rolę lekarza z okresu międzywojennego (brak antybiotyków, brak środków przeciwgruźliczych), w rolę lekarza z pierwszej połowy XIX wieku (nieznajomość przyczyn chorób zakaźnych), w rolę lekarzy sprzed kilku stuleci – a wtedy nabierzesz pokory, bo oni w tamtych warunkach przychodzili czynnie z pomocą, a nawet często mieli „dobre wyniki”. Czy nas, wyposażonych we współczesną wiedzę, byłoby na to stać? Stąd się bierze aspekt pedagogiczny historii medycyny, o którym pisze Szumowski:

> „Historia nauki, historia medycyny ma ciągle do czynienia z twórczością wybitnych jednostek. Ich życiorysy, ich radości i smutki mają wybitne znaczenie wychowawcze dla młodych pokoleń. Lekarze mają i mieć powinni kult dla nauki i dla wielkich ludzi”[13].

Wszystko, co potem w rozwoju medycyny nastąpi, jest mieszaniną magii, empiryzmu i stale narastającym trudem rozumowego, tj. naukowego uzasadnienia działania lekarskiego.

Przypisy

[1] Por. M. Kacprzak, *Czym jest medycyna*, [w:] *Medycyna zapobiegawcza w praktyce lekarskiej*, red. M. Kacprzak, PZWL, Warszawa 1957, s. 7.

[2] J. Miodoński, *Z zagadnień etyki lekarskiej*, [w:] *Sens choroby, sens śmierci, sens życia*, opr. H. Bortnowska, Znak, Kraków 1984, s. 71.

[3] A. Grzymała-Siedlecki, *Rozmowy z samym sobą*, Znak, Kraków 1972, s. 26.

[4] K. Piesiewicz, *O wstydzie i nagości*, [w:] K. Janowska, P. Kucharski, *Rozmowy na koniec wieku*, Znak, Kraków 1997, s. 57, 59–60.

[5] *Encyklopedia katolicka*, Tow. Naukowe KUL, Lublin 2006, t. XI, s. 734.

[6] W. Nasiłowski, *Monganga znaczy lekarz*, Iskry, Warszawa 1968, s. 181.

[7] J. Sędzik, *Zdrowie i choroba*, „Wstań" 2007, nr 6 (114), s. 24 (jest to fragment jego rozprawy: *Pojęcie zbawienia u plemion Bantu i jego wpływ na praktyki religijne chrześcijan*).

[8] W. Nasiłowski, *Monganga*..., s. 180.

[9] Tamże, s. 161.

[10] Erazm z Rotterdamu, *O wychowaniu dzieci*, [w:] tegoż, *Pisma moralne. Wybór*, przekł. M. Cytowska, PAX, Warszawa 1970, s. 53.

[11] Pliniusz, *Historia naturalna*, przekł. I. i T. Zawadzcy, Bibl. Narod., s. II, nr 128, Ossolineum, Wrocław–Kraków 1961, s. 110.

[12] *Elementarz Jana Pawła II*, opr. K. Dybciak, WL, Kraków 2005, s. 144.

[13] W. Szumowski, *Historia medycyny*..., s. 654.

Czego można się nauczyć od psów

Jeśli nie masz możliwości umycia rany czy skaleczenia – na przykład na górskim szlaku – weź przykład z psa i... wyliż je. Ślina ma właściwości bakteriobójcze dzięki obecności lizozymu rozkładającego ścianę bakteryjną – potwierdzają to badania

zaprezentowane w piśmie medycznym „Lancet". Ale uwaga – musi to być twoja ślina! Obca może spowodować zakażenie.

1001 rad dla zdrowia, „Reader Digest", Warszawa 2008, s. 244

Hesy-Ra – lekarz z okresu panowania Dżesera i prawdopodobnie Sechemcheta, uznawany za pierwszego dentystę (Wer-ibeh-senj)

II. Egipt

Nauczyliśmy się patrzeć na Egipt jako na źródło cywilizacji; dodajmy, cywilizacji europejskiej. Bo istniały i inne potężne kultury: w Chinach, w Indiach, ale nie miały takiego wpływu na rozwój naszej kultury, jak Egipt. Podstawowe podręczniki historii wyjaśniają nam, dlaczego właśnie w Egipcie powstały dogodne warunki jej rozwoju: coroczne wylewy Nilu użyźniające glebę dawały utrzymanie nie tylko bezpośrednio zatrudnionym rolnikom, ale ludziom wolnym od codziennego trudu o byt, stwarzały warunki do zajęcia się sprawami z pozoru zupełnie niepraktycznymi, a stojącymi u podstaw nauki i sztuki. Z czasem zasada ta została ujęta w twierdzeniu: *Primum vivere, deinde philosophari* – Najpierw [móc] żyć, potem filozofować.

Nie straciła ona do dziś swej aktualności. Ludzie kultury, nauki i sztuki muszą mieć zapewnione podstawowe warunki życia, by mogli bez reszty oddawać się swoim zajęciom.

Źródło do poznania medycyny egipskiej stanowią pisma historyków, papirusy i mumie egipskie. Źródłem historycznym są

uwagi w Biblii i u historyków greckich: Herodota i Strabo. U Herodota np. znajdujemy interesującą medyka informację:

> „Czaszki Persów są tak słabe, że można by je przedziurawić, gdyby się chciało tylko kamykiem rzucić; natomiast czaszki Egipcjan są tak twarde, że ledwie byś je kamieniem tłukąc rozłupał. Jako przyczynę tego zjawiska podawali mi, i łatwo mnie przekonali, że Egipcjanie zaraz od wczesnego dzieciństwa golą głowy, a kość na słońcu twardnieje. W tym samym tkwi też powód, że nie łysieją”[1].

Dobrym źródłem są papirusy. Nie najstarszy, ale najdłuższy, bo ponad 20 metrów liczący, jest papirus zakupiony przez George’a Ebersa dla muzeum w Lipsku w 1872 roku. Liczne wiadomości pochodzące z różnych epok, nie zawsze w logiczną całość ułożone, mówią o anatomii i fizjologii serca, o chorobach żołądka, o sporządzaniu lekarstw dla kobiet etc.

Papirus nabyty przez amerykańskiego egiptologa Edwarda Smitha (1862) został późno, bo dopiero w 1906 roku opublikowany. Choć znacznie krótszy od poprzedniego (zaledwie 4,5 m) jest bardziej treściwy, a wiadomości w nim zawarte dotyczą traumatologii i postępowania leczniczego.

Papirus Hearsta, który jest własnością Uniwersytetu Kalifornijskiego, traktuje o chorobach serca i pęcherza, mówi o ropniach i pasożytach.

Poza nimi papirusy o treści lekarskiej są jeszcze w Berlinie, Kopenhadze, Londynie.

Wiadomości o chorobach panujących w Egipcie przynoszą również rzeźby i reliefy, które przedstawiają postacie z życia wzięte, zatem nie- pozbawione niekiedy swoich ułomności.

Mumie uwalniane z bandaży, badane przy zastosowaniu współczesnej aparatury diagnostycznej, ujawniają schorzenia, które do dziś gnębią ludzkość: próchnicę zębów, kamienie żółciowe, nerkowe i pęcherzowe, zmiany zwyrodnieniowe kości i stawów, zwapnienie tętnic, gruźlicę kręgosłupa, jaja motylicy, etc. Ostatnio ukazała się praca przedstawiająca ówczesne niezwykle precyzyjne zabiegi chirurgiczne na układzie kostnym.

1. Wiara

Pierwotnie wiara Egipcjan była monoteistyczna. I taką pozostała dla wąskiego grona kapłanów. Dla przeciętnych Egipcjan poszczególne przymioty Boga stały się osobnymi bóstwami, do czego dołączył się jeszcze czynnik antropomorfizmu, tj. wyobrażenia bóstw pod ludzką postacią.

Słońce wychodzi z przybytku ciemności do świata: to bóg słońca Amon Ra. Ale słońce w swym biegu nocnym ma już inne imię, a jeszcze inne kiedy wschodzi, dając światu życie.

Z rozległej mitologii egipskiej ograniczymy się do przedstawienia tego, co dla medyka jest najistotniejsze. Bogiem podziemia był Ozyrys. Niegdyś Ozyrys i Izyda, dzieci boga i bogini sklepienia niebieskiego, panowali nad Egiptem, ale Ozyrysa zabił Set, bóg Kyksosów, wrogów Egipcjan. Horus, syn Ozyrysa i Izydy, wdał się z nim w walkę, aby pomścić śmierć ojca. W niej stracił wzrok. Izyda udała się z nim do boga mądrości – Thota. Od niego Horus

otrzymał nowe oczy i został bogiem uzdrawiającym, a jego oczy stały się symbolem ochronnym. Stanowią ozdobnik rękopisów starożytnych, widzimy je jeszcze w pojedynczej formie w średniowieczu. To właśnie oko Horusa miało się z czasem przekształcić w inicjał zdobiący nasze recepty: Rp. Dziś tłumaczy się to jako skrót łacińskiego: *Recipe*, czyli: Weź!

Bieg słońca uosabia los człowieka. Słońce zachodzi, ale nie ginie, człowiek umiera, ale jego dusza jest nieśmiertelna i odbywa, tak jak bóg Amon Ra, wędrówkę w innym świecie. Pojęcie nieśmiertelności duszy wiąże się z pojęciem kary i nagrody. Sędzią zmarłych jest Ozyrys. Stając przed trybunałem Ozyrysa i 42 sędziów, zmarły mówi:

> „Nie bluźniłem; nie oszukiwałem; nie kradłem;
> zdradziecko nie zabijałem;
> z nikim nie postępowałem okrutnie,
> nigdy niesnasek nie wywoływałem.
> Nie byłem leniwy.
> Nie upijałem się.
> Nie wydawałem rozkazów niesprawiedliwych.
> Nie zawiniłem ciekawością niewłaściwą.
> Nie byłem gadatliwy; nikogo nie spotwarzyłem.
> Nikogo nie biłem, w nikim strachu nie wywoływałem.
> W sercu moim nie żywiłem zazdrości.
> Nie odzywałem się źle ani o królu, ani o ojcu swoim.
> Skarg fałszywych nie podawałem.
> Od ust niemowlęcia mleka nie odejmowałem,
> Nie zawiniłem przez spędzanie płodu”[2].

Zwróćmy uwagę, że każdy z tych warunków stanowi podstawę zdrowia psychicznego i żaden z nich nie stracił swej aktualności do

dziś, łącznie z tym – nie wiedzieć dlaczego wciąż kontrowersyjnym – dotyczącym zabijania płodu.

Z wiarą w życie wieczne łączy się wiara w zmartwychwstanie. Błogosławieni przebywają w nieustającej szczęśliwości. Jak długo? Aż do odrodzenia się wszechświata. A potem wrócą do swych ciał. Stąd zrodziła się potrzeba zachowania zwłok, czyli sztuka balsamowania.

2. Balsamowanie

O możliwości zachowania ciała przekonywała naturalna mumifikacja (strupieszenie) obserwowana, zwłaszcza na południu, przy szybkiej utracie wody. Istnieją jednak czasem szczególne warunki do mumifikacji naturalnej, jak w rosyjskich ławrach lub w podziemiach krakowskiego kościoła reformatów.

O sposobach stosowanych przez Egipcjan, poza informacjami u Herodota i Diodora, dowiadujemy się z papirusów, w których opisano względnie dokładnie proces balsamowania. Trwał on od 40 do 70 dni i miał następujące fazy:

– utrzymywanie zwłok przez pewien czas w natronie (węglan sodowy, chlorek sodowy, siarczan sodowy) w celu dezynfekcji;

– usuwanie mózgu. Były dwa sposoby: albo przez nozdrza, ze zniszczeniem *lamina cribrosa*, co było sposobem żmudnym, a tym samym bardziej kosztownym; albo odcinano głowę i bez większych trudności usuwano mózg przez *foramen occipitale magnum*;

następnie na kołku wbitym w *canalis vertebralis* umieszczano głowę na swoim miejscu;

– usuwanie wnętrzności, którą to czynność nazwano później *exenteratio*. Cięcie wykonywano po lewej stronie. Był to zabieg naruszający świętość zwłok. Bezczeszczenie zwłok było moralnym przestępstwem, jednak pozostawienie trzewi, na skutek procesów gnilnych w nich przebiegających, uniemożliwiało utrwalenie zwłok. Wymyślono sposób: nacięcia zwłok dokonywali nad brzegami Nilu rzemieślnicy niższego rzędu (zwani paraszytami) i uciekali, a będąca przy tym zabiegu rodzina zmarłego obrzucała ich kamieniami i wyzwiskami, co stanowiło rodzaj kary za znieważenie zwłok;

– trzewia albo wrzucano do Nilu, albo umieszczano w osobnych naczyniach *kanope*, oddając sercu jako siedlisku osobowości szczególny szacunek;

– proces wysuszania ciała pod wpływem natronu;

– wypełnianie jam ciała materiałem bitumicznym i pokrywanie ciała mieszanką olejków, maści i żywicy, czyli właściwe balsamowanie, od którego – niesłusznie – cały proces wziął nazwę;

– bandażowanie poszczególnych członków, a potem całego ciała pasami lnianymi długości kilkudziesięciu metrów; chroniły one, i tak już zabezpieczone ciało, przed dostępem powietrza. Całość umieszczano w trumnie o kształcie człowieka.

W przypadkach tańszych rozwiązań, rezygnowano z eksenteracji i wypełniano wnętrze olejkiem cedrowym wprowadzonym przez odbyt. Zwłoki smarowano miodem lub żywicą.

W Odrodzeniu powrócił zwyczaj balsamowania zwłok. Usuwano wnętrzności i serce. Serce honorowano, umieszczając je w ozdobnej urnie i urządzając mu pogrzeb. Często znajdowano dla niego osobne miejsce. Ma to również oddźwięk w kulturze polskiej: serce Chopina złożono w kościele św. Krzyża w Warszawie, serce marszałka Piłsudskiego spoczywa w Wilnie na Rosie, serce gen. Henryka Dąbrowskiego, przechowywane długie lata w Krakowie, z honorami wojskowymi zostało przewiezione do Poznania i wmurowane w ścianę tamtejszego ratusza[3].

3. Lecznictwo

Balsamowanie, które tak bardzo wiąże się z naszym wyobrażeniem o Egipcie, ma niewiele wspólnego z medycyną jako sztuką lekarską. U Homera spotykamy interesującą informację o egipskiej medycynie. W *Odysei* jest scena przedstawiająca Helenę wrzucającą do wina lek „co uśmierza ból i żółć i gładzi pamięć wszelkiego zła", a zatem jakiś narkotyk, zapewne opium (w przekładzie J. Siemieńskiego):

> „Potem wszyscy obsiedli zastawną biesiadę.
> Wtem Helena skoczywszy do głowy po radę
> Pijącym przymieszała czar taki do wina,
> Że gniewów, smutków, zgryzot przeszłych zapomina,
> Kiedy kto pokosztuje z zaprawnego kruża.
> W dzień ten nigdy łza w oku nie stanie mu duża,
> Choćby drogiego ojca i matkę pochował;
> Nigdy, choćby kto miednym mieczem zamordował

Brata mu albo syna, przed jego obliczem –
Taki to czar był, napój niezrównany z niczem!
Dostała go Helena od Tona małżonki,
Polydamny, w Egipcie, gdzie ziemia korzonki
Osobliwe wydaje na leki lub trutki:
Toż każdy tam znachorem nie z innej pobudki,
Tylko że zna te leki – istny ród Peona...".

W przekładzie zaś J. Wittlina:

„Takie to ziółka kojące
Miała u siebie dzeusowa córa. Te dryakwie czarowne
Dała jej raz Polydamne, małżonka Tona, w Egipcie,
Gdzie gleba błogosławiona – przeróżne rodzi trucizny:
I bezlik tych, które dobre, i tych, co złe są, bez liku.
Tam każdy człowiek znachorem, biegłym w leczebnem rzemięśle
I nie masz na całym świecie drugich, co zdzierżyć im godni,
Wszak wszyscy Egiptu osadźce – synami są Pajeona"[4].

Herodot natomiast pisze:

„Medycyna jest u nich w ten sposób rozdzielona: Każdy lekarz jest tylko dla jednej choroby, a nie dla większej ich liczby. Dlatego wszędzie jest pełno lekarzy; jedni są lekarzami od oczu, drudzy od głowy, inni od zębów, jeszcze inni od brzucha, inni wreszcie lekarzami chorób wewnętrznych"[5].

Herodot pod słowem „lekarz" rozumie każdego udzielającego pomocy, ale jest rzeczą zrozumiałą, że ich hierarchiczne zróżnicowanie było ogromne. Trudno sobie wyobrazić, by ktoś udzielający pomocy niewolnikom zatrudnionym przy budowie piramid posiadał wiedzę zawartą w papirusach. Ta była z natury rzeczy dostępna kapłanom, ludziom wykształconym, a zarazem kształcącym nowe zastępy, ale do niej nie każdy miał dostęp.

W tej rozmaitości „specjalistów" najwięcej było „okulistów", czyli lekarzy trudniących się leczeniem bardzo popularnej w Egipcie

choroby, tj. jaglicy, do niedawna nazywanej egipskim zapaleniem oczu. Faraon zatrudniał całe zastępy lekarzy. Nic dziwnego, że wśród nich byli: opiekun lewego oka i opiekun prawego oka faraona. W zdumienie musiało kiedyś egiptologów wprowadzić rozszyfrowanie hieroglificznego zapisu nazwy innego specjalisty: strażnik królewskiego odbytu.

Istniały niezliczone roje chirurgów, od wykonujących najprostsze zabiegi związane z urazowością, po daleko bardziej odpowiedzialne, z amputacjami i trepanacjami włącznie. Osobną gałęzią było położnictwo, prowadzone przez kobiety. Dwie z nich, dzięki Biblii, znamy z imienia. To Szifra i Pua (Wj 1, 15).

Z 42 ksiąg, które obejmowały całokształt ówczesnej wiedzy, niektóre odnosiły się również do medycyny. Ich autorem był bóg Thot. Zatem wiedza w ogóle, w tym także medyczna, pochodzi od bogów. Stąd wynika pewna konsekwencja: wiedza ta jest zamknięta, zatwierdzona i poświęcona i od jej zasad nie wolno odstępować. Znaczyło to, że lekarz działający zgodnie z ustalonym sposobem postępowania nie odpowiada za wynik leczenia, choćby choroba zakończyła się zejściem chorego; a przeciwnie, odstępstwo od zasad grozi lekarzowi poważnymi konsekwencjami, nie wyłączając, w razie śmierci chorego, kary śmierci dla niego.

Ta surowa zasada z jednej strony uniemożliwiała jakąkolwiek innowację, a tym samym kładła tamę dla rozwoju medycyny, z drugiej gwarantowała należyte opanowanie wiedzy i postępowania leczniczego na ówczesnym poziomie. Nie inaczej jest dzisiaj. Zgodnie z Dziennikiem Ustaw z 1997 roku, nr 28, poz. 152, art. 2.1:

„Wykonywanie zawodu lekarza polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych...".

Takie postępowanie obowiązuje lekarza praktyka. Rozwój medycyny, zarówno wtedy, jak i dziś, jest trudny, bo każde wprowadzenie nowego leku czy nowej metody leczniczej jest – mimo wszelkich obostrzeń – zawsze eksperymentem na człowieku. Współczesny lekarz polski, pracujący naukowo i zamierzający prowadzić eksperymenty medyczne z udziałem ludzi, otrzymuje „informację, jak przygotować formularz świadomej zgody dla osób zamierzających uczestniczyć w eksperymencie medycznym i przeprowadzić procedurę uzyskania świadomej zgody, a także fragmenty odnośnych przepisów i wytycznych"[6].

Nie znamy lekarzy egipskich z imienia, z wyjątkiem jednego. Był nim Im, żyjący ok. 2600 roku przed Chr. Im był naczelnym architektem na dworze króla, sprawował władzę nad jego urzędnikami, a zarazem był kapłanem. Stąd jego związki z medycyną. Około 500 roku przed Chr. został deifikowany i otrzymał imię Imhotep. Przedstawiano go ze zwojem świętych ksiąg, które obejmowały również wiedzę medyczną. W jego świątyniach szukały pomocy głównie kobiety. Z czasem miał on u Egipcjan takie samo znaczenie, jak u Greków Asklepios.

Leki stosowane w Egipcie pochodziły z trzech królestw przyrody. Były to przede wszystkim leki roślinne: olej rycynowy (znany jeszcze starszemu pokoleniu z dzieciństwa jako środek przeczyszczający); piołun – pobudzający apetyt; cebula morska jako środek wymiotny etc. Świat zwierzęcy dostarczał leczniczych

tłuszczów. Minerały (sole) wykorzystywane były jako lekarstwa, ale także jako środki kosmetyczne.

Kapłani obeznani byli z obróbką metali (złoto) i pierwocinami chemii, zwłaszcza użytecznymi w farbiarstwie. Czytelnika być może zaskoczy fakt, że największe farmaceutyczne firmy przemysłowe, z firmą Bayer na czele, zajmowały się pierwotnie przemysłem farbiarskim.

Leki miały następujący skład: środek podstawowy o zasadniczym działaniu leczniczym, drugi środek wspomagający jego działanie, środek obojętny w działaniu, ale nadający lekowi postać (roztwór, maść, proszek) oraz środek poprawiający smak, co miało sprzyjać zażywaniu leku. Student medycyny zapoznający się w recepturą będzie zaskoczony tym, że i dziś zapisywane leki recepturowe mają podobny skład.

Kilka słów o higienie i profilaktyce. U Herodota czytamy o Egipcjanach:

> „Używają środków przeczyszczających w trzech kolejnych dniach każdego miesiąca i starają się o swe zdrowie przez emetyki i lewatywy, sądząc, że z potraw, które się zjada, powstają wszystkie choroby ludzkie. Są zaś Egipcjanie po Libijczykach w ogóle najzdrowszymi ze wszystkich ludzi z powodu klimatu, jak mi się zdaje, gdyż pory roku tam nie zmieniają się. Albowiem przy wszelkich zmianach, a zwłaszcza pór roku, wybuchają przeważnie choroby wśród ludzi”[7].

To nasilenie chorób w okresach przełomowych obserwowane jest i obecnie. Ale nie stałość klimatu tłumaczy znakomity stan zdrowia tamtejszej ludności. Egipcjanin przynaglany był do

stosowania środków wymiotnych i lewatyw, zażywania częstych kąpieli, strzyżenia włosów, obcinania paznokci, namaszczania ciała, odpowiedniego ubierania się, bo wszystkie te przepisy, które dziś nazwalibyśmy „prozdrowotnymi", były zarazem nakazami religijnymi. Dotykamy tutaj bardzo istotnego problemu: gdy wymagania dotyczące zdrowia są zarazem nakazami religijnymi, mają ogromną skuteczność. Starożytny Egipcjanin był człowiekiem religijnym, a przez to był posłuszny przepisom swojej religii. Stąd wynikało jego zdrowie. Religia powinna stawiać również i takie wymagania.

Dodajmy do tego obrzezanie. „Członki rodne zostawiają inni ludzie takimi, jak je stworzyła natura, a Egipcjanie i ci, którzy się tego od nich nauczyli – obrzezują je – pisze Herodot. – Członki męskie obrzezują dla czystości, woląc być czystymi niż dorodnymi"[8].

Znajomość anatomii w Egipcie była bardzo marna. Co prawda balsamowanie, a ściślej przygotowywanie zwłok do balsamowania, stwarzało możliwość zapoznania się z budową ciała ludzkiego, ale czynność ta należała do rzemieślników zupełnie tym niezainteresowanych, a uprawiającym wyższą medycynę kapłanom anatomia nie była potrzebna.

Ciekawe natomiast poczynili spostrzeżenia, nie wiedzieć na czym oparte, o stałym rocznym przyroście masy serca od urodzenia do 50. roku życia oraz o stopniowym jej zmniejszaniu po tym czasie. Wyprowadzano stąd wniosek, że człowiek nie może żyć dłużej niż sto lat.

Żywiono też przekonanie o istnieniu połączenia serca z czwartym palcem lewej ręki. Stąd otrzymał on w łacinie nazwę

digitus cordis, palec serdeczny. Jeszcze w okresie międzywojennym ludzie z wyższych sfer nosili pierścionek zaręczynowy czy ślubną obrączkę na tym właśnie palcu. Trudno uwierzyć, by ktoś z nich zdawał sobie sprawę, jak odległych czasów sięga uzasadnienie tego zwyczaju.

Poza kapłanami dysponującymi wiedzą medyczną na najwyższym poziomie i chirurgami praktykami sprawnymi manualnie, istniała jeszcze grupa uzdrawiaczy, którzy posługiwali się zaklęciami, bowiem czynnik magiczny w medycynie egipskiej odgrywał bardzo dużą rolę. Odczytane papirusy, zwłaszcza tzw. mały papirus berliński, ujawniają ogromną liczbę zaklęć, którymi ci „specjaliści" się posługiwali. Odnosiły się one do demona, który wkradł się w ciało chorego człowieka, lub do objawów choroby. Wołano np.: „Uciekaj ropo! Spływaj na ziemię!" (kilka razy). Przy ukąszeniu przez węża: „Uciekaj wężu i bierz z sobą swoją truciznę, którą masz w zębach. Bierz ją z powrotem! Patrz, siła czarów Horusa jest większa niż twoja!".

Podawano również kał niektórych zwierząt i ptaków (koproterapia), co miało obrzydzić chorobie przebywanie w ciele chorego:

> „O śmierci, śmierci, któraś wniknęła w moje ciało i zamieszkałaś w moich członkach! Patrz, oto daję ci gnój do jedzenia. Ty, któraś się schowała, strzeż się! Ty, która tkwisz we mnie, zwiewaj!" [a może jeszcze mocniej!]

Istniał też pewien rodzaj wody święconej. Tablice, na których hieroglificznym pismem zapisano święte księgi, polewano wodą, dzięki czemu nabierała ona leczniczych właściwości[9].

Parę słów poświęćmy radiestezji, bez względu na to, co o niej mówi nauka, a to z powodu pewnych interesujących skojarzeń.

Według radiestetów istnieje szkodliwe promieniowanie, które może być przyczyną chorób. Miejsce szkodliwego promieniowania wyczuwalne jest przez zwierzęta. Wyczuwał je również człowiek pierwotny, nieskażony cywilizacją. Przeciwdziałanie polega na unikaniu takich miejsc lub stosowaniu odpromienników. Jednym z najprostszych jest żelazna końska podkowa (co by tłumaczyło jej pojawianie się na progach wiejskich chat), ale i pozostałe są interesujące. Faraon nosił metalową obręcz wokół głowy, a w ręce trzymał berło o swoistym kształcie; taki odpromiennik nazywa się „berłem faraona". Nie mnie rozstrzygać, czy stąd się wzięły późniejsze insygnia królewskie, ale analogia jest wyraźna.

Szczególne właściwości przypisuje się również kształtowi piramid. Szkoda, że nauka odżegnuje się od obserwacji radiestetów, zamiast badać ich działalność i dać definitywną odpowiedź na wartość tejże oraz ich kompetencje.

Dla medyka interesujący jest hieroglif, który odżył w naszych czasach, a miał przeciwdziałać „niekorzystnym siłom". Widzimy go na egipskich płaskorzeźbach: u mężczyzn w prawej, u kobiet w lewej ręce. Czasem nazywają go „kluczem Nilu", podobno niesłusznie, bo właściwa nazwa to „hieroglif życia". W łacinie otrzymał on nazwę *Crux ansata*. Jego symbolikę tłumaczy się następująco: ramię poprzeczne oznacza horyzont, nad nim wschodzi słońce, którego promień (ramię pionowe) budzi życie. To tłumaczy jego nazwę.

U Egipcjan, którzy przyjęli chrześcijaństwo, czyli u koptów, stał się on symbolem chrześcijańskim, stąd często pojawia się na ich grobach jako znak zmartwychwstania. Nawiązali w ten sposób do

pieśni Zachariasza, który nazywa Chrystusa Wschodzącym Słońcem (Łk 1, 78).

Do symboli należy przywiązywać należytą wagę i szacunek. Ktoś powiedział, że symbolem chrześcijaństwa są dwie proste, przecinające się pod kątem prostym. Czy to była kpina, czy geometryczna „obiektywizacja" faktu? To można pominąć, natomiast ważna jest treść, która kryje się za danym symbolem. Dlatego temu zagadnieniu poświęcimy później jeszcze nieco uwagi.

W klasycznych podręcznikach historii medycyny poświęca się sporo uwagi medycynie Mezopotamii, Indii i Chin. Z medycyną chińską zaczęła się zapoznawać Europa w XIX wieku, a w naszych czasach zainteresowanie to przeżywa rozkwit. Odsyłam do literatury na te tematy, o którą nietrudno. W tym zarysie ograniczamy się bowiem do najistotniejszych momentów, które miały wpływ na rozwój medycyny europejskiej, a do nich bez wątpienia należała medycyna starożytnego Egiptu[10] i starożytnego Izraela.

Przypisy

[1] Herodot, *Dzieje*, tłum. S. Hammer, Czytelnik, Warszawa 1954, s. 206.

[2] F.J. Holzwath, *Historya powszechna*, t. I: *Dzieje starożytne*, nakładem Przeglądu Katolickiego, Warszawa 1879, s. 202.

[3] O tym, jak wyglądało to w kulturze polskiej, napisali książkę M. Czuma i L. Mazan, *Poczet serc polskich*, ze wstępem M. Rożka: *Groby duszy*, Anabasis, Kraków 2005.

[4] S. West, *Homer i Egipt*, „Filomata" 1991, nr 402, s. 83.

Homer, *Odyseja*, przekł. L. Siemieński, Bibl. Nar., s. II, nr 21, Ossolineum, Wrocław 1953, 4, 168–181.

Homer, *Odysseja*, przekł. J. Wittlin, Lwów 1924, 4, 219.

[5] Herodot, *Dzieje*, s. 154.

[6] *Świadoma zgoda na udział w eksperymencie medycznym. Poradnik badacza*, red. M. Czarkowski i J. Różyńska, Naczelna Izba Lekarska, Warszawa 2008.

[7] Herodot, *Dzieje*, s. 152.

[8] Tamże, s. 136.

[9] A.-P. Leca, *Die Medizin im Alten Ägypten*, [w:] R. Toellner, *Illustrierte Geschichte der Medizin*, Andreas Verlag, Vaduz 1992, t. I, s. 116.

[10] Zob. też: W.M. Pahl, *Altägyptische Schädelchirurgie*, G. Fischer Verlag, Stuttgart 1993.

Herodot o balsamowaniu

A są specjalnie do tego ustanowieni ludzie, którzy uprawiają tę sztukę. Po dostarczeniu im zwłok, pokazują tym, co je dostawili, drewniane wzory trupów, zupełnie naturalnie pomalowane, i mówią, że najstaranniejszy jest sposób, w jaki zabalsamowano owego boga, którego imię przy takiej okoliczności wypowiedzieć uważam za rzecz niedozwoloną; następnie wskazują im inny sposób, który od pierwszego jest pośledniejszy i tańszy, wreszcie trzeci – najtańszy. Po tych wyjaśnieniach, pytają ich, w jaki sposób chcą widzieć przyrządzone zwłoki. Krewni więc, umówiwszy się co do zapłaty, zaraz odchodzą, tamci zaś zostają i balsamują zwłoki w swoich pracowniach. A taki jest najstaranniejszy sposób: Naprzód zakrzywionym żelazem wyciągają przez dziurki od nosa mózg, przy czym jedną jego część tak właśnie wydobywają, a resztę przez wlanie rozczynników. Potem ostrym, kamiennym

nożem etiopskim robią cięcie w pachwinie i wyjmują wszystkie wnętrzności. Po oczyszczeniu jamy brzusznej i przepłukaniu jej winem palmowym, jeszcze raz wycierają roztartymi wonnościami. Wreszcie napełniają brzuch czystą roztartą mirrą, cynamonem i innymi wonnościami – prócz kadzidła ofiarnego – i znowu go zaszywają. Uporawszy się z tym, wkładają zwłoki do tlenku sodu i trzymają w ukryciu przez dni siedemdziesiąt; dłużej nie wolno balsamować. Kiedy upłynie siedemdziesiąt dni, myją trupa, owijają całe jego ciało pociętymi z płótna byssosu opaskami, smarują je gumą, którą Egipcjanie zazwyczaj posługują się zamiast kleju. Następnie krewni otrzymują zwłoki z powrotem i każą sporządzić drewnianą trumnę w kształcie człowieka, w której zamykają zwłoki. Zamknięte przechowują niby skarb w komorze grobowej, stawiając je w prostej pozycji pod ścianą.

Taki jest najkosztowniejszy sposób balsamowania zwłok. Zwłoki, dla których chcąc uniknąć kosztów wybrano średni sposób, w ten sposób preparują: Napełniają lewatywy oliwą z drzewa cedrowego i wypełniają nią brzuch nieboszczyka ani go nie rozcinając, ani nie opróżniając z wnętrzności; tylko po wstrzyknięciu oliwy przez otwór stolcowy zamykają jej drogę powrotną i balsamują zwłoki przez ustaloną ilość dni; w ostatnim dniu wypuszczają z brzucha oliwę cedrową, którą poprzednio tam doprowadzili. Ma ona taką siłę, że wraz z nią wychodzi żołądek i całkiem rozpuszczone wnętrzności. Mięso zaś zostaje rozpuszczone przez tlenek sodu, i wreszcie pozostaje z trupa tylko skóra i kości. Gdy to wykonają, oddają zwłoki z powrotem, nie zajmując się nimi już dłużej.

Trzeci sposób balsamowania, który stosuje się przy uboższych, jest taki: Przepłukawszy brzuch nieboszczyka wodą przeczyszczającą,

balsamują go przez siedemdziesiąt dni w tlenku sodu, a potem każą z powrotem zabrać.

Herodot, *Dzieje*, tłum. S. Hammer, Czytelnik, Warszawa 1954, s. 154

III. O dziedzictwie Izraela w medycynie

Większość podręczników historii medycyny nie zawiera rozdziału poświęconego medycynie starożytnego Izraela, wychodząc z założenia, że starożytni Żydzi nie wydali wybitnych dzieł dotyczących medycyny, ani też nie przyczynili się do jej rozwoju, opisując nową teorię choroby czy stosując nowe sposoby leczenia. I to jest prawda. Wszakże jeżeli pozostajemy wierni założeniu, że współczesna kultura europejska jest dziedzictwem kultury judeochrześcijańskiej, a nadto grecko-rzymskiej, to wolno nam szukać w czasach, w których przyszło nam teraz żyć, śladów tamtej kultury, która również w swych zaleceniach, w swej obrzędowości, dotyczyła – bezpośrednio lub pośrednio – zdrowia i choroby człowieka.

Dwa są główne źródła do poznania kultury starodawnych Żydów: jedno pisane – Pismo Święte, Biblia, Tora, której początki sięgają XIII wieku przed Chr., a drugie – ustnie przekazywana z pokolenia na pokolenie tradycja to Talmud. Biblia, największa świętość dla

żydów i chrześcijan, jest historią objawienia Bożego wobec swojego narodu, narodu wybranego, i świadectwem przekazania mu depozytu wiary; to stanowi jej najistotniejszą treść. Wszakże zawiera również elementy nieobojętne dla medycyny, których lekarz pominąć nie może.

Zanim do nich przejdziemy, zwróćmy uwagę, że najcenniejszym depozytem, jaki ludzkości przekazali starotestamentowi Żydzi, jest monoteistyczna WIARA. Wydawać by się mogło, że tam, gdzie się mówi o medycynie, choćby w aspekcie tylko historycznym, znaczenie wiary, należącej do innego wymiaru, jest nie na miejscu. Tak można sądzić jedynie wtedy, gdy medycynę utożsamia się z człowiekiem obłożnie chorym, leżącym na szpitalnym łóżku, na stole operacyjnym, a w najlepszym przypadku cierpliwie czekającym w poczekalni pierwszej lepszej przychodni na swoją kolej. A przecież pojęcie zdrowia odnosi się również do stanu psychicznego człowieka, do jego „dobrostanu", jak to określa definicja zdrowia WHO, co dotyczy także tych, którzy za chorych psychicznie się nie uważają, i którym żaden lekarz nigdy diagnozy stawiał nie będzie. Ale do tego stanu równowagi psychicznej potrzebne jest uznanie pewnego systemu wartości, którego cel stoi poza człowiekiem lub ponad człowiekiem i jego egoistycznymi popędami.

W miarę rozwoju nauki nowożytnej problem wiary znalazł się niejako na jej przeciwległym końcu. Ten rozdźwięk utrwaliły spory Galileusza z przedstawicielami Kościoła, dalej przełom umysłowy z XVIII wieku, Oświecenie z oparciem się wyłącznie na rozumie, później materializm, jako podstawa rozwoju nauk przyrodniczych, aż po marksistowsko-leninowski materializm dialektyczny

i historyczny naszych już czasów. Wybitne jednostki, jak w medycynie Rudolf Virchow, rozciągały swój autorytet na dziedziny im zupełnie obce, utrwalając u uczniów i naśladowców materialistyczny światopogląd. Przeciwstawiali im się skromnie lekarze polscy. Nie miało to, bo i mieć nie mogło większego odzewu, poza tym, że stanowi dowód samodzielności myślenia polskiego lekarza. Ale wiara przetrwała te wszystkie zagrożenia i trwa nadal. To raczej materializm lęka się religii, a nie religia materializmu. Władysław Szumowski w swym klasycznym podręczniku historii medycyny napisał o odwrocie od materializmu, który rozpoczął się już w XIX wieku; ten rozdział nie ukazał się w wydaniu z roku 1961, zatem w latach PRL-u, z powodu obowiązującej wtedy „jedynie słusznej" doktryny filozoficznej.

Problem wiary, jak dotąd starannie izolowany od nauki, ujawnia się coraz bardziej właśnie w medycynie, która nie jest wyłącznie nauką. Przykładów można przytoczyć wiele. Tam gdzie kończy się medycyna ze swoim arsenałem środków terapeutycznych, jedynie wiara stwarza nadzieję i jedynie wiara nadaje sens cierpieniu.

Św. Augustyn pisał:

> „Słowo Boże jest przeciwnikiem Twojej woli, aż nie stanie się sprawcą Twojego uzdrowienia. Dopóki jesteś wrogiem samego siebie, Słowo Boże jest Twoim wrogiem. Jeśli staniesz się przyjacielem samego siebie, wtedy będzie z Tobą w zgodzie".

A chasyd Baalszem:

> „Będziesz sprawiedliwym dopiero wówczas, kiedy poczujesz więcej radości z czynienia woli Boga, niż z każdej innej materialnej rozkoszy tego świata".

Mimo rozlicznych rozbieżności pomiędzy żydami a chrześcijanami w głębszych pokładach duchowości istnieje daleko idące zbliżenie.

Powróćmy do Biblii. Julian Aleksandrowicz, który jak św. Piotr i św. Paweł przeszedł drogę od judaizmu do chrześcijaństwa, obok biblioterapii, czyli leczenia lekturą, którą wprowadził do kliniki, był zwolennikiem Biblio-terapii, tj. lektury Pisma Świętego jako środka terapeutycznego. Nie zdążył tego wprowadzić w czyn, ale zrobił to G. Kreppold, teolog, a zarazem psycholog, wykorzystując psychologię głębi. W swej książce *Biblia – księga uzdrawiająca* zwraca uwagę za C.G. Jungiem, że Abraham, lud izraelski na pustyni, Jakub, wreszcie sam Jezus są nieustannie w drodze. Droga jest przeciwieństwem zastoju, schematu myślenia. Jezus utożsamia się z Drogą. Jezus „idzie" do Ojca, a zatem Jego życie jest nie tylko zewnętrznym wędrowaniem, ale „przejściem" wewnętrznym. Zwróćmy uwagę, że jest to cecha wszystkich religijnych pielgrzymek. Przemiana wewnętrzna jest osobistym zadaniem człowieka, dzięki niej staje się on osobą. Dlatego też stwierdza, że:

> „Indywiduum, poszczególny człowiek powinien dotrzeć do swojej niepowtarzalności. Powinien nauczyć się odróżniać i uwalniać od zbiorowych wyobrażeń i poglądów – jak się powszechnie myśli, postępuje i co się uważa za słuszne. Nie dla przekory, ale aby obudzić swą najbardziej własną istotę i siły twórcze"[1].

Ta zmiana osobowości od wewnątrz ma błogosławione skutki przede wszystkim w pogodzeniu się z samym sobą, uwolnieniu od lęku i szukaniu potrzeby akceptacji. Uwalnia człowieka od kompleksów, które są często źródłem depresji, a w niektórych przypadkach agresji. Jest to moment niezwykle ważny w kształtowaniu osobowości samego lekarza, jak też w odniesieniu

do potencjalnych i aktualnych jego pacjentów. Ale, aby to osiągnąć, trzeba zdjąć „maskę", czyli zespół pozorów, w jakie się ubieramy i w jakie nas ubierają. Wymaga to często pójścia pod prąd, nie dla wyróżnienia się, bo to byłoby nadzwyczaj głupie, ale z wewnętrznego nakazu. Człowiek unika egzystencjalnych pytań, jakie wszystkim stawia Biblia, a nam chrześcijanom również Ewangelia, nie nauczył się wsłuchiwać w samego siebie i spostrzegać, co dla niego jest właściwe, lecz żyje według koncepcji życia przyjętej z zewnątrz. Zamiast rozwijać to co własne, ucieka w powierzchowne zaspokojenie potrzeb, w gorączkową pracę, w troskę o posiadanie, uznanie i władzę. Brzmi to jak oskarżenie, ale zastanówmy się, czy Kreppold nie ma racji? Zważmy, ile zła rodzi się z nieuporządkowanego życia wewnętrznego, którego skutkom medycyna jest w stanie zaradzić tylko w minimalnym stopniu? Jest to leczenie objawowe, nie przyczynowe.

Ten sposób traktowania Biblii – nie jako dokumentu historycznego czy literatury pięknej, choć jest jednym i drugim, ale jako źródła bezpośredniego odniesienia do czytelnika i do sytuacji, w której go zastaje – był kultywowany przez praktykę religijną zwaną *lectio divina*. Była ona jednak ograniczona do zamkniętych kręgów klasztornych. A szkoda!

Żydom zawdzięczamy DEKALOG. Jest to zbiór etycznych zasad, wyrażonych niezwykle lakonicznie, nieprześcigniony w swej genialności, wobec którego ani społeczeństwa wszechczasów, ani jednostki obojętnie przejść nie mogą. Dotyczy to również lekarza.

Przy rozważaniu Dekalogu z medycznego punktu widzenia nasuwa się kaznodziejom i moralizatorom przede wszystkim VI

przykazanie. Wiarołomstwo, czyli cudzołóstwo jest moralnie grzechem, ale jego skutki wyraźnie są widoczne również w odniesieniu do zdrowia fizycznego ludzkości na przestrzeni jej historii. Choroby weneryczne towarzyszyły jej od zarania, z nich najgroźniejsza kiła zebrała swe największe żniwo w XVI wieku, kiedy to miała charakter pandemiczny, a nie wygasła przecież po dziś dzień, po czas naznaczony wybuchem AIDS – choroby, której pandemię przewiduje się dopiero na nadchodzące lata. W tym kontekście nawoływanie do wierności (jednemu partnerowi) w naszych zeświecczonych i „wolnych" czasach nie jest niczym innym, jak przyznaniem się do bezsilności, a zarazem uznaniem starotestamentowego zakazu z VI przykazania Dekalogu Mojżesza.

> *Pamiętaj o dniu szabatu, aby go uświęcić. Sześć dni będziesz pracować i wykonywać wszystkie twe zajęcia. Dzień zaś siódmy jest szabatem ku czci Pana, Boga twego. Nie możesz przeto w dniu tym wykonywać żadnej pracy ani ty sam, ani syn twój, ani twoja córka, ani twój niewolnik, ani twoja niewolnica, ani twoje bydło, ani cudzoziemiec, który mieszka pośród twych bram.*
>
> Księga Wyjścia 20, 8–10

Ten nakaz wprowadzony przez Żydów został przyjęty przez cywilizowane społeczeństwa całego świata. Próby zmiany tego rytmu, np. w Rosji po rewolucji (co dziesiąty dzień), nie powiodły się. Natomiast coraz bardziej zagraża światu zmiana charakteru tego dnia. Dzień wolny od pracy jest bez wątpienia dniem regeneracji sił. Ale nie tylko. Jest sposobnością wprowadzenia równowagi pomiędzy aktywnością dnia codziennego a potrzebą refleksji nad swoim życiem i hierarchią wartości. W żadnym wypadku nie jest dniem nicnierobienia i bezmyślności. W tej hierarchii wartości uwzględnia się czynnik najwyższy, jakim jest

Bóg, któremu zwłaszcza tego dnia trzeba oddać należną cześć. Towarzyszy temu odświętny nastrój, odpowiedni ubiór, oprawa liturgiczna, śpiew, muzyka instrumentalna.

Ten dzień jest poświęcony Panu,
Bogu waszemu.
Nie bądźcie smutni i nie płaczcie.
Nie bądźcie przygnębieni,
Bo radość w Panu jest waszą ostoją.

Księga Nehemiasza 8, 9b–10b

Spróbujcie wejść na cmentarz żydowski w dniu szabatu. Nie wpuszczą was. Dlaczego? Bo tego dnia należy zapomnieć o rzeczach przykrych.

Tak też ma być w Kościele. My, uczestnicy *Gorzkich żali* i misteriów Męki Pańskiej w niedzielne popołudnia Wielkiego Postu zapominamy, że niedziele są wyłączone z tego okresu, by mogły być dniami radości. Stąd ciąg 40 dni, na wzór postu Chrystusa, jest sześciokrotnie przerywany niedzielą. Aby uzyskać pełną liczbę dni, trzeba było zacząć post nieco wcześniej, w środę zwaną Popielcową.

Desakralizacja niedzieli, która na Zachodzie stała się faktem, wyraźnie postępuje również na naszych oczach w Polsce. Widzimy napisy: „Magazyn otwarty 7 dni w tygodniu". To wyrażona jeszcze ze wstydem forma mająca zastąpić jawne wyznanie: „Pracujemy w niedzielę". Pogoń za zyskiem odbiera człowiekowi poczucie istnienia wyższych wartości. W to miejsce wchodzą pseudowartości – idole: w Niemczech hitlerowskich były to liczne parady wojskowe i święto państwa (Reichstagu) wzorowane na ceremoniach kościelnych, w Rosji porewolucyjnej akademie

o ideologicznym charakterze i pochody naśladujące procesje prawosławne (feretrony z portretami przywódców!). Czy medycyna i medycy mogą przejść obok tych spraw obojętnie?

Brat Efraim w związku z tym pisał:

> „Zatraciliśmy poczucie dni, mówimy o weekendzie, jak poganie, w związku z organizowaniem życia towarzyskiego, co ma oczywiście także swoją wartość, lecz dezorganizuje nas w płaszczyźnie wewnętrznej. [...]
> Ten, kto żyje w pokoju, to ten, kto jest zupełny, w kim wszystko stanowi całość, kto nie jest pęknięty, rozdwojony; nie może to być człowiek, który głowę ma w biurze, połową ciała jest w łóżku lub przy stole, a drugą połową swojej istoty oddaje się przyjemnościom. Prawdziwie odpoczywa tylko ten, kto odpoczywa z Bogiem”[2].

Czytamy w prasie: „Najwięcej samobójstw jest w niedzielę”. Tak się dzieje, gdy człowiek nie organizuje sobie życia, lecz jego życie jest organizowane przez rytm pracy i nałożonych na niego obowiązków. Wtedy następuje pustka. Podobnie bywa z chwilą przejścia na emeryturę. Wyrwany z codziennego zawodowego cyklu człowiek czuje się jak ryba wyrzucona na piasek. *Nieszpory* wypełniające przez wieki, poza obowiązkową Mszą św., niedzielne popołudnia tysiącom ludzi miast i wsi teraz zostają zastąpione telewizją. Z jakim skutkiem?

U żydów ortodoksyjnych zakaz wykonywania w szabat jakiejkolwiek pracy posunięty był tak dalece, że dotyczył również przyrządzania posiłków. Jak zatem pogodzić odświętność i wytworność szabasowych potraw z zakazem ich przyrządzania? Przygotowuje się je odpowiednio wcześniej i wkłada do piekarnika. W Krakowie, właśnie stąd, nosi on nazwę szabaśnika.

Chrystus gorszył żydów uzdrawianiem w szabat. Naruszał bowiem – ich zdaniem – świętość tego dnia.

Istota V przykazania: „Nie zabijaj" na forum medycznym odnosi się do aborcji i eutanazji. O wartości, które to przykazanie chroni, rozgrywa się batalia w wymiarze światowym.

Ale nie tylko te przykazania o szerokim aspekcie społecznym mają znaczenie w życiu lekarza. „Nie będziesz miał bogów cudzych przede Mną". To ostrzeżenie odnosi się do idoli tego świata: pieniędzy, ambicji zawodowych, gonitwy za posiadaniem i pozycją społeczną, co przysparza pacjentów lekarzom – i to nie tylko lekarzom klinik psychiatrycznych. Od tej pokusy nie są wolni sami lekarze, i to zarówno praktycy, widzący w chorym jedynie źródło dochodu, jak i ci pracujący naukowo, którzy za cel stawiają sobie osiągnięcia i prestiż naukowy, a pomoc choremu człowiekowi schodzi na plan dalszy. „Źle jest, jeśli lekarzowi przeszkadzają pacjenci" – wołał publicznie Jan Miodoński, a nie mówił tego bezpodstawnie. W klinikach, z założenia przeznaczonych nie tylko do leczenia chorych, lecz i pracy naukowej oraz dydaktyki, ten stan równowagi może być zachwiany.

A IV przykazanie: „Czcij ojca swego i matkę swoją" – jak wiadomo odnosi się również do nauczycieli, przełożonych i starszych kolegów. Prawdą jest, że nakaz czci nie oznacza bezwarunkowego posłuszeństwa. W świecie lekarskim nie byłoby rozwoju, gdyby poprzestać na dawnych, wypróbowanych przez starszych lekarzy metodach leczniczych. Muszą przyjść i przychodzą coraz to nowsze sposoby. Ale nie tylko to, co wypełnia podręczniki lekarskie, stanowi treść medycyny. Jak wiemy, nie wszystkie przepisy wprowadzone przez Mojżesza zostały spisane, bo nie

wszystko może być spisane. Niektóre sposoby sprawowania rytów przekazywane były tradycyjnie z pokolenia na pokolenie. Tak się działo i tak się dziać musi również w medycynie. Postępowanie z chorym, jego badanie wymaga od lekarza niezwykłego taktu, połączone jest bowiem z naruszeniem intymności, z obnażeniem fizycznym, a nieraz i psychicznym. Ta umiejętność w opisie podręcznikowym wypada sucho i nieudolnie, natomiast może być i jest przekazywana na drodze tradycji, podpatrywania i naśladowania. Grecy byli świadomi, że sztuka lekarska jest dłuższa niż życie jednej generacji lekarskiej. Dlatego Hipokrates kazał uczniom medycyny okazywać należny szacunek ich mistrzom. Bo doświadczenia lekarskiego w sposobie postępowania z pacjentem nie zdobywa się z dnia na dzień. W tym należy zaufać starym praktykom i dać się prowadzić. Tymczasem, ci często narzekają na młodych dyplomantów, że nafaszerowani świeżą wiedzą medyczną stają się „nieprzemakalni", tzn. nie przyjmują tego, do czego oni dochodzili przez lata.

Oto garść uwag na temat znaczenia Dekalogu w życiu lekarza, do której każdy z nas może dorzucić jeszcze niejedno. Historia medycyny to historia koncepcji choroby lub chorób, sposobów ich leczenia i zapobiegania im. To też historia nauczania medycyny. Dlaczego nie miałaby być historią kształcenia osobowości lekarza?

Nie znajdzie się pośród ciebie nikt, kto by przeprowadzał przez ogień swego syna lub córkę, uprawiał wróżby, gusła, przepowiednie i czary; nikt, kto by uprawiał zaklęcia, pytał duchów i widma, zwracał się do umarłych. Obrzydliwy jest bowiem dla Pana każdy, kto to czyni. Z powodu tych

obrzydliwości wypędza ich Pan, Bóg twój, sprzed twego oblicza. Dochowasz pełnej wierności Panu, Bogu swemu. Te narody bowiem, które ty wydziedziczysz, słuchały wróżbitów i wywołujących umarłych. Lecz tobie nie pozwala na to Pan, Bóg twój.

Księga Powtórzonego Prawa 18, 10–14

Żydzi w czasie pobytu w niewoli egipskiej nauczyli się wiele od Egipcjan. Widać to na przykładzie balsamowania ciała ojca Józefa i samego Józefa, których mumie, zgodnie z ich życzeniami, wieźli z sobą przez pustynię. Trudno wyobrazić sobie, aby Mojżesz, dysponujący rozległym wykształceniem, które uzyskał na dworze faraona, miał pominąć sprawy zdrowotne; musiało to mieć wpływ na wprowadzone przez niego zakazy i nakazy. Wszakże, w przeciwieństwie do Egipcjan, Żydom nie wolno było uprawiać magii. To miało dla medycyny błogosławione skutki, opierało ją bowiem na obserwacji i płynącym stąd doświadczeniu.

Przykazanie II: „Nie będziesz wzywał imienia Pana Boga twego nadaremnie" (lub w innym tłumaczeniu „ do czczych rzeczy") oznacza nie tylko zakaz krzywoprzysięstwa, ale nadużywania Bożego imienia do magii. W Psalmie 95 (8–10) czytamy:

Obyście dziś usłyszeli Mój głos
i nie zatwardzali serc waszych jak w Meriba,
jak na pustyni w dniu Massa,
gdzie Mnie wasi przodkowie wystawili na próbę,
mimo że widzieli moje dzieła,
zmusili Mnie do pełnienia swojej woli.

Słowa: „zmusili Mnie" odnoszą się do działania magicznego, czyli zmuszania bóstwa do pełnienia czyjejś woli. Tego nie wolno było Żydom robić, a ponieważ nie posłuchali, spotkała ich kara:

Przez lat czterdzieści odczuwałem wstręt
do tego pokolenia.

Jezus, gdy Żydzi zarzucają Mu, że wypędza złe duchy mocą Belzebuba, odpiera nonsensowny zarzut (Łk 11, 14), ale troska Żydów jest w pełni uzasadniona: boją się magii i stojących za nią złych sił. Jezus rozumie zasadność ich pytania i dlatego w dłuższym wywodzie tłumaczy im, dlaczego Jego działanie mogą przyjąć ze spokojem – bo jest to „palec Boży". Później śladem Jezusa pójdą apostołowie: będą nakładać ręce na chorych i uzdrawiać ich. Ale sposobu ich działania nikt już nie będzie podawał w wątpliwość: uzdrawiają z polecenia swego Mistrza mocą Ducha Świętego.

Zdawało się, że to będzie kres magii. Ale magia odradzała się. Po śmierci Samuela, Saul musiał usuwać „wróżbitów i czarnoksiężników z kraju" (1 Sm 28, 3). W Dziejach Apostolskich (19, 19) również czytamy o paleniu ksiąg magicznych. Człowiek nie przestał myśleć magicznie. Gdyby było inaczej, ks. Jan Twardowski nie przestrzegałby współczesnego człowieka u progu XXI wieku: „Wiara nie jest magią. Nie można posługiwać się Bogiem do swoich celów".

Katechizm Kościoła Katolickiego, powołując się na Księgę Powtórzonego Prawa, formułuje to następująco (2116, 2117):

> „Należy odrzucić wszystkie formy *wróżbiarstwa*: odwoływanie się do Szatana lub demonów, przywoływanie zmarłych lub inne praktyki mające rzekomo odsłaniać przyszłość. [...]
> Wszystkie praktyki *magii* lub *czarów*, przez które dąży się do pozyskania tajemnych sił, by posługiwać się nimi i osiągnąć nadnaturalną władzę nad bliźnim – nawet w celu zapewnienia mu zdrowia – są w poważnej sprzeczności z cnotą religijności. [...] Uciekanie się do tak zwanych

tradycyjnych praktyk medycznych nie usprawiedliwia ani wzywania złych mocy, ani wykorzystywania łatwowierności drugiego człowieka".

Odrzucenie przez Izrael magii miało pozytywny wpływ na rozwój medycyny, a odejście od animizmu na rozwój nauk przyrodniczych. Bo jeśli za zjawiskami przyrody nie stoją określone bóstwa, to znaczy, że rządzą się one swoimi, określonymi prawami – prawami przyrody, które można i należy poznać. Ten pogląd przyjmie chrześcijaństwo i dlatego tu, w Europie, a nie gdzie indziej w świecie, nastąpi rozwój nauk przyrodniczych, za którym pójdzie rozwój medycyny.

Istnieją u Żydów przepisy dotyczące czystości ciała, życia płciowego, wyboru pożywienia, środków chroniących przed trądem i innymi chorobami zakaźnymi.

Czystości ciała dotyczy rytualna kąpiel. Obmycie zewnętrzne, pranie szat i inne bezwzględnie obowiązujące zabiegi higieniczne miały być zewnętrznym wyrazem również wewnętrznego oczyszczenia. Izajasz (1, 16) wołał w imieniu Pana:

Obmyjcie się, bądźcie czyści
Usuńcie zło waszych uczynków
Sprzed moich oczu.

Podobnie będzie w świątyniach greckich. Higiena jako nauka, dziś związana z medycyną, nie w medycynie ma swój początek, lecz w świątynnym rycie religijnym.

Ślad obowiązującego na co dzień częstego mycia rąk mamy w Ewangelii św. Marka (7, 3–5):

Faryzeusze i w ogóle Żydzi, trzymając się tradycji starszych, nie jedzą, jeśli sobie rąk nie obmyją, rozluźniając pięść. I gdy wrócą z rynku, nie jedzą, dopóki się nie obmyją. Jest jeszcze wiele innych zwyczajów, które przejęli

i których przestrzegają, jak obmywanie kubków, dzbanków, naczyń miedzianych.

W Talmudzie (Sotta 4) jest na ten temat wyraźna opinia: „Kto lekceważy sobie mycie rąk, szybko schodzi z tego świata".

Chodzi przede wszystkim o mycie rąk przed jedzeniem i po oddaniu stolca. To obmywanie rąk zachowało się u ortodoksyjnych żydów do dziś. Czasem ma już tylko charakter symboliczny. Mycie rąk to zarazem symbol obmycia z grzechów i powrót do czystości wewnętrznej. Dlatego Piłat myje ręce przed wydaniem ostatecznego wyroku (por. Mt 27, 24). A my też „umywamy ręce" od czegoś. To dalekie echo tamtego zwyczaju.

Życie płciowe regulowane było ścisłymi przepisami. Brak dziewictwa i cudzołóstwo karane były kamienowaniem. Okrutny to sposób, ale w tamtych czasach jedyny w walce z chorobami wenerycznymi. Z tego też względu bierze się zakaz prostytucji sakralnej (*Nie będzie nierządnicy sakralnej wśród córek Izraela ani mężczyzn uprawiających nierząd sakralny wśród synów Izraela* – Pwt 23, 18). Orgiastyczne święta uprawiane przez ludy Bliskiego Wschodu były niemałą pokusą odejścia od prawowierności i służenia obcym bogom, co też miało wielokrotnie miejsce.

Do kobiety w okresie krwawienia miesięcznego nie wolno było się zbliżyć. W siedem dni po *mensis* kobieta poddawana była oczyszczeniu.

Jeżeli kobieta zaszła w ciążę i urodziła chłopca, pozostanie przez siedem dni nieczysta, tak samo jak podczas stanu nieczystości spowodowanego przez miesięczne krwawienie. Ósmego dnia chłopiec zostanie obrzezany. Potem ona pozostanie przez trzydzieści trzy dni dla oczyszczenia krwi: nie będzie dotykać niczego świętego i nie będzie wchodzić do Świątyni, dopóki nie skończą się dni jej oczyszczenia.

Księga Kapłańska 12, 2–4

Miało to swe uzasadnienie. Okres połogu, w którym cofają się zarówno zmiany ogólnoustrojowe, jak i zmiany w narządzie rodnym, separacja od pożycia małżeńskiego zmniejsza ryzyko zakażenia. Okres ten kończył się rytualnym oczyszczeniem – tewila. Kodeks żydowskich praw religijnych i cywilnych Szulchan Aruch tak nakazuje kobiecie postąpić:

> „Winna ona zanurzyć całe swoje ciało, razem z włosami, jednocześnie. Dlatego musi szczególnie dbać o to, aby w chwili zanurzenia nie miała na sobie nic, co by oddzielało jej ciało od wody; jeśli bowiem zdarzy się, że jakaś rzecz, choćby najmniejsza, spowoduje oddzielenie, tewila jest nieważna".

Ten fakt w odniesieniu do Maryi Matki Jezusa wszedł na stałe do kalendarza liturgicznego.

> *Gdy nadszedł dzień ósmy i należało obrzezać Dziecię, nadano Mu imię Jezus, którym Je nazwał anioł, zanim się poczęło w łonie Matki.*
>
> Łk 2, 11

W ósmym dniu po Bożym Narodzeniu obchodzi się święto Obrzezania Pańskiego i zarazem święto Nadania Imienia Jezus (co zawsze razem łączono); wypada wtedy Nowy Rok. W 33 dni później, 2 lutego, obchodzimy święto Oczyszczenia NMP (u nas zwane świętem Matki Boskiej Gromnicznej) lub też Ofiarowania Pańskiego, bowiem w tym dniu przynoszono dziecko do świątyni. Wobec dużej śmiertelności noworodków, okres ponadmiesięczny wskazywał, że dziecko ma swe pierwsze życiowe niebezpieczeństwa za sobą i będzie nadal żyło.

> *Gdy potem upłynęły dni ich oczyszczenia według Prawa Mojżeszowego, przynieśli Je do Jerozolimy, aby Je przedstawić Panu. Tak bowiem jest napisane w Prawie Pańskim: „Każde pierworodne dziecko płci męskiej*

będzie poświęcone Panu". Mieli również złożyć w ofierze parę synogarlic albo dwa gołębie, zgodnie z przepisem Prawa Pańskiego.

Łk 2, 22–24

Z kulturą żydowską wiąże się pojęcie koszerności i trefności. Ocena, że coś jest czyste lub nieczyste, często występuje w religiach Wschodu, zatem i u Żydów. Odnosi się do spraw zewnętrznych i wewnętrznych. Najczęściej pamięta się o tym w odniesieniu do żywności. Pokarmy, które są zgodne z nakazami Mojżesza, są koszerne, wszystkie inne są trefne. Nakaz Mojżesza jest zawarty w Księdze Powtórzonego Prawa (14, 3):

Nie będziecie jedli nic obrzydliwego. Oto zwierzęta, które możecie jeść: wół, baran, koza, jeleń, gazela, daniel, koziorożec, antylopa, bawół i kozica.
Możecie jeść wszelkie zwierzę o rozdzielonym kopycie, to jest parzysto rozłożonej raci i które przeżuwa.

Dlatego świnia, choć ma rozdzieloną racicę, ale nie przeżuwa, jest objęta tym zakazem do dziś. Nie tylko u Żydów, ale i u Arabów. Zakaz ten chronił przed groźną, a nieuleczalną chorobą pasożytniczą, tj. przed wągrzycą. Co ciekawsze, i w naszych czasach pojawiają się raz za razem argumenty przeciw wieprzowinie.

Ważny jest nie tylko gatunek mięsa, ale również jego przygotowanie. Jeśli krew jest w mięsie, nie nadaje się ono do spożycia. Wymagany jest ubój rytualny, podczas którego krew musi spłynąć, by mięso stało się surowcem.

Krew była siedliskiem życia: *Życie ciała jest we krwi* (Kpł 17, 11), stąd jej spożywanie wykluczało ze społeczności nie tylko Żydów,

ale także obcych przybyszów. Do tego zakazu nawiązują świadkowie Jehowy, stwarzając nie lada trudności, gdy przyjdzie członkowi ich społeczności zastosować transfuzję krwi. Dla lekarza jest to problem etyczno-prawny w sytuacjach, gdy jedynym ratunkiem życia jest właśnie transfuzja.

Jaki był sens wprowadzenia zakazu jedzenia niektórych ptaków, wszystkich płazów, gadów i owadów – nie wiemy. Zapewne obawa przed chorobami odzwierzęcymi. Nie dotyczyło to ryb: *Z tego, co jest w wodzie, będziecie spożywali wszystko, co ma płetwy i łuski. A nie będziecie spożywali nic z tego, co nie ma płetw i łuse*k (Pwt 14, 9–10). Trudność wyłoniła się już za naszych czasów, gdy wyhodowano, z myślą o ograniczeniu trudu gospodyniom, karpie bez łusek (lustrzenie). Ortodoksyjni żydzi je odrzucili. Ile łusek ma mieć ryba? Przynajmniej pięć. Wyhodowano więc gatunek mający pięć łusek i ten gatunek zaakceptowano.

Ustalając nakazy żywieniowe, Mojżesz dodał jeszcze takie zdanie: *Nie będziesz gotował koźlęcia w mleku jego matki* (Pwt 14, 21). Tajemnicą pozostanie, czemu miał służyć ten zakaz, faktem natomiast jest, że i dziś w niektórych kuchniach żydowskich stosuje się ścisłe rozdzielenie naczyń, sztućców i lodówek do pokarmów mlecznych i mięsnych. Żelazną regułą jest, by po zjedzeniu mięsa wstrzymać się od spożywania mleka przez 3–6 godzin. W odwrotnej kolejności wystarczy tylko godzina.

Żydzi nieortodoksyjni nie przestrzegają przepisów kuchni koszernej albo przestrzegają czasem dla tradycji. Ale „ortodoksyjny żyd, zmieniwszy miejsce zamieszkania, udaje się najpierw na poszukiwanie najbliższego sklepu prowadzącego sprzedaż produktów koszernych, a potem szuka synagogi”[3].

Pojęcie koszerności i trefności utrwaliło się w naszym polskim języku. Na ogół zapomina się, że odnosiło się ono nie tylko do pokarmów, ale i do człowieka. Człowiek koszerny to człowiek prawy, prawdomówny, godny zaufania. Człowiek trefny, nieczysty, to człowiek, który tych cech nie ma, to również człowiek chory, zwłaszcza na trąd.

Dlaczego chrześcijanie nie przestrzegają koszerności pokarmów, choć wyszli z tradycji judaistycznych? Odciął się od nich sam Chrystus. W Ewangelii według św. Marka (7, 14–19) czytamy:

> *Potem przywołał znowu tłum do siebie i rzekł do niego: „Słuchajcie Mnie, wszyscy, i zrozumiejcie! Nic nie wchodzi z zewnątrz do człowieka, co mogłoby uczynić go nieczystym; lecz co wychodzi z człowieka, to czyni człowieka nieczystym. Kto ma uszy do słuchania, niechaj słucha!”.*
> *Gdy się oddalił od tłumu i wszedł do domu, uczniowie pytali Go o to przysłowie. Odpowiedział im: „I wy tak niepojęci jesteście? Nie rozumiecie, że nic z tego, co z zewnątrz wchodzi w człowieka, nie może uczynić go nieczystym: bo nie wchodzi do jego serca, lecz do żołądka i na zewnątrz się wydala”. Tak uznał wszystkie potrawy za czyste.*

Później proroczy sen utwierdził św. Piotra co do słuszności spożywania wszystkich pokarmów (por. Dz 10, 10–16):

> „Nagle Piotr poczuł głód i chciał coś zjeść, a gdy mu przyrządzono posiłek wpadł w ekstazę i ujrzał otwarte niebo. Powoli opadał z niego jakiś przedmiot, jakby wielkie lniane płótno, opuszczone na ziemię za cztery rogi. Wewnątrz znajdowały się rozmaite czworonożne zwierzęta, płazy i ptaki. Usłyszał wtedy głos:
> – Wstań Piotrze, zabijaj i jedz!
> Piotr żachnął się:
> – Nigdy w życiu, Panie. Jeszcze nigdy dotąd nie jadłem skażonego ani nieczystego.
> I po raz drugi usłyszałem ten sam głos:
> – Tego, co Bóg uznał za czyste, ty nie uważaj za skażone.

Powtórzyło się to trzy razy, po czym przedmiot uniósł się z powrotem do Nieba".

Piotr odniósł to w pierwszym rzędzie do nawrócenia pogan, których Duch Święty przez to zjawisko dopuszczał do udziału w Kościele. Dlatego nie zawahał się ochrzcić od razu setnika Korneliusza, który go o to prosił. Ale doszukał się też dosłownego znaczenia: pokarmy dotąd trefne przestały nimi być. Potwierdził to św. Paweł w liście do Tymoteusza (4, 1–5) i w liście do Rzymian (14, 17), pisząc: *Królestwo Boże to nie sprawa tego, co się je i pije, ale to sprawiedliwość, pokój i radość w Duchu Świętym*.

Pojawiło się kiedyś w Krakowie, a zapewne i gdzie indziej piwo koszerne. Zapytano, co to znaczy? Odpowiedziano, że jest to piwo, przy którego produkcji nie brały udziału kobiety. Przypomina to stary zwyczaj winiarski: przy produkcji wina nie mogą uczestniczyć kobiety. W roku 1920 Bela Schick podał, że odkrył menotoksyny, czyli toksyny wydzielane przez kobiety w okresie *mensis*, które powodują więdnięcie kwiatów, niszczą hodowlę jedwabników i niektórych grzybów. Zapytano go, skąd wziął inspirację do swych badań. Podał, że znalazł wzmiankę u Szekspira, ten zaś czerpał ją z medycyny ludowej. Całkiem możliwe, że Żydzi zdawali sobie już z tego sprawę. Wszak kobiety nigdy nie były zatrudniane przy produkcji wina, a starsze gospodynie nie wpuszczały młodych dziewcząt do kuchni w okresie przedświątecznych wypieków ciasta. A może wiedzieli już coś o okresie bezpłodności naturalnej, a jako naród niezwykle płodny w ten sposób jej się przeciwstawiali?

Bardzo niebezpieczną chorobą, której Żydzi się obawiali, był trąd.

> *Bardzo pilnie uważaj na plagę trądu, aby uczynić wszystko, o czym was pouczają kapłani-lewici. Co im zleciłem, tego pilnie będziecie przestrzegali. Przypomnij sobie, co Pan, Bóg twój, uczynił Miriam w drodze, gdyście wychodzili z Egiptu.*
>
> Księga Powtórzonego Prawa 24, 8

Rozróżniano kilka postaci trądu: nabrzmienie, wysypka, plama; ostry trąd; podejrzane wrzody; trąd na oparzeliźnie; trąd na głowie i brodzie; pokrzywki; trąd u łysych. Rzecz jasna, tylko jedna z tych postaci odpowiadała dzisiejszym kryteriom trądu. Zdawano sobie z tego sprawę i wówczas, stąd osąd należał do kapłanów, mających niejakie doświadczenie diagnostyczne. W przypadku groźnych postaci wyrok był nieubłagany.

> *Tak powiedział Pan do Mojżesza i Aarona: „Jeżeli u kogoś na skórze ciała pojawi się nabrzmienie albo wysypka, albo biała plama, która na skórze jego ciała jest oznaką trądu, to przyprowadzą go do kapłana Aarona albo do jednego z jego synów kapłanów".*
>
> Księga Kapłańska 13, 1–2

A w innym miejscu:

> *Przemówił znów Pan do Mojżesza:*
> *„Rozkaż Izraelitom usunąć z obozu każdego chorego na trąd, cierpiącego na wycieki oraz tego, kto zaciągnął nieczystość przy zwłokach zmarłego. Tak mężczyznę, jak i kobietę macie usunąć poza obóz, aby nie plugawili waszego obozu, gdzie Ja mieszkam pośród was".*
> *Uczynili tak Izraelici i usunęli ich poza obóz: Izraelici postąpili tu według rozkazu, jaki Pan dał Mojżeszowi.*
>
> Księga Liczb 5, 1–4

Trędowaty miał rozerwać szaty, zmierzwić włosy, zasłonić brodę, krzyczeć na widok zbliżających się ludzi: „Nieczysty, nieczysty!", a przede wszystkim żyć w izolacji, poza

zgromadzeniem. Gdy Chrystus przechodził pomiędzy Samarią a Galileą, *na skraju wioski wyszli mu naprzeciw trędowaci i zatrzymali się w pewnym oddaleniu* (Łk 17, 12), bo było to zgodne z przyjętym postępowaniem.

Jeśli istniały przypadki wyleczenia z „trądu", to można je tłumaczyć tylko trudnościami w diagnozowaniu (przypuszczalnie chodziło o grzybicę skóry). Decyzja zawsze należała do kapłanów. Tak im Talmud zalecał:

> „Trądu nie należy badać wczesnym rankiem, wieczorem, w domu ani w pochmurny dzień, bo wówczas blady kolor wydaje się jaskrawy, ani też w południe, bo wówczas jaskrawy kolor wydaje się blady".

Chrystus uleczonemu z trądu nakazuje: *Idź teraz do kapłana, niech cię zbada i stwierdzi, że jesteś czysty, a wtedy za swoje uzdrowienie złożysz ofiarę według przepisów prawa Mojżesza* (Łk 5, 14). Postępowanie, które zaleca, jest zgodne z przyjętymi zasadami.

Historia medycyny w tym okrutnym, ale jakże racjonalnym postępowaniu z zakaźnie chorym, widzi początki zapobiegania. Do wzoru tego sięgną w średniowieczu. Zarówno w tym działaniu, jak i w przepisach dotyczących czystości ciała i czystości obozu, dopatrzyć się można początków policji lekarskiej. W Księdze Powtórzonego Prawa (23, 13–15) czytamy:

> *Będziesz miał miejsce poza obozem i tam poza obóz będziesz wychodził. Zaopatrzysz się w kołek, a gdy wyjdziesz na zewnątrz, wydrążysz nim dołek, a wracając przykryjesz to, czegoś się pozbył, gdyż Pan przechadza się po twoim obozie [...] nie może w nim ujrzeć nic odrażającego, aby się nie odwrócił od ciebie.*

Ten sam sposób postępowania stosuje się w wojsku w warunkach polowych. Nazywa się to „metodą kocią". W tym właśnie celu noszą żołnierze krótkie łopatki, zwane saperkami.

„Policja lekarska”, przedmiot, który pod tą nazwą już dziś nie istnieje, była wykładana w XIX wieku. Co tymi słowami określano? „Nauka policji jest zbiorem wszystkich zasad, podług których rząd postępując, do utrzymania ogólnego dobra i szczęścia przykłada się”. Zatem dbałość o czystość wody i powietrza, stan żywności, usuwanie wszelkich innych czynników szkodliwych dla zdrowia. Tę funkcję w wykształceniu lekarskim spełnia obecnie higiena, a w postępowaniu administracyjnym Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna. Tam był jednak początek.

Nieco uwagi należy poświęcić obrzezaniu. Obrzezanie znane było u ludów wschodnich i miało bezwarunkowo duże znaczenie higieniczne. Lud żyjący na pustyni skazany jest na ograniczoną ilość wody, stąd biorą się trudności w utrzymaniu higieny. Bywa, że i dziś Arabowie myją ręce piaskiem. Narządów płciowych myć tak niepodobna. Usunięcie napletka, wyjątkowo długiego u tych ludów, zapobiega stanom zapalnym. Powstają one wskutek wydzielania smegmy i gromadzenia się złuszczonego nabłonka; bolesne czyraki nie należą do rzadkości. Dziś stany zapalne żołędzi i wewnętrznej strony napletka obserwuje się w zakażeniu grzybicą (*Candida albicans*), co powoduje zaczerwienienie, obrzęki, nadżerki, stulejkę zapalną (niemożność odprowadzenia napletka), a najczęstszą przyczyną tego stanu są zaniedbania higieniczne. Podobnie u kobiet występowanie nadżerek szyjki macicy wiąże się z zakażeniem grzybicą. Faktem jest, a zostało to potwierdzone statystycznie, że występowanie raka prącia i raka szyjki macicy jest u Żydów znacznie rzadsze niż u innych narodów, co odniesiono

właśnie do obrzezania. Podobnie u obrzezanych stwierdzono mniejszą zapadalność na zakażenia kiłą. Zapewne dotyczyć to będzie również zakażenia wirusem HIV.

U Żydów obcinanie napletka było znakiem przymierza, jakie Jahwe zawarł z Izraelem, narodem wybranym, przypieczętowanego krwią ofiar i krwią Abrahama.

> *Bóg rzekł do Abrahama: „Ty zaś, a po tobie twoje potomstwo po wszystkie pokolenia, zachowujcie przymierze ze Mną. Przymierze, które będziecie zachowywać między Mną a wami, czyli twoim przyszłym potomstwem, polega na tym: wszyscy wasi mężczyźni mają być obrzezani; będziecie obrzezywać ciało napletka na znak przymierza waszego ze Mną. Z pokolenia na pokolenie każde wasze dziecko płci męskiej, gdy będzie miało osiem dni, ma być obrzezane – sługa urodzony w waszym domu lub nabyty za pieniądze – każdy obcy, który nie jest potomkiem twoim – ma być obrzezany; obrzezany ma być sługa urodzony w twoim domu lub nabyty za pieniądze. Przymierze moje, przymierze obrzezania, będzie przymierzem na zawsze”.*
>
> Księga Rodzaju 17, 9–13

Dlatego Żydzi przywiązywali i wciąż przywiązują tak duże znaczenie do tego rytu. Mohel odcina napletek (pierwotnie kamiennym) nożem: *chitah*; później jeszcze rozdziera napletek paznokciem: *peria*. Z wprowadzonego zwyczaju wysysania rany ustami: *meziza* z czasem zrezygnowano. Dziecko trzyma na kolanach *sandak*, który jest niejako jego ojcem chrzestnym. Siedzi na dwuosobowym fotelu, ponieważ obrzezaniu towarzyszy niewidzialny Eliasz. On też będzie towarzyszył dziecku przez trzy najbliższe, nader krytyczne dla niego dni. Istnieje duże niebezpieczeństwo zakażenia i wykrwawienia. Jeśli kolejno dwóch chłopców umierało po obrzezaniu z powodu braku krzepnięcia

krwi, u następnych rezygnowano z obrzezania. Wolno przypuszczać, że Żydzi świadomi byli istnienia hemofilii.

Za czasów Aleksandra Wielkiego Palestyna znalazła się pod wpływami greckimi. Zaznaczyło się to szczególnie po rozpadzie państwa Aleksandra, w czasach panowania Ptolemeuszy. Wtedy to król Antioch Epifanes, „korzeń wszelkiego grzechu", jak go nazywa Pismo, wydał dekret: *Wszyscy mają być jednym narodem, i niech każdy zarzuci swoje obyczaje* (1 Mch 1, 42). Dotyczyło to również obrzezania. Wielu nie posłuchało i przypłaciło to życiem.

> *Wtedy to na mocy królewskiego dekretu wymordowano kobiety, które obrzezały swoje dzieci. I powieszono im niemowlęta na szyjach. A także zabito domowników i tych, którzy dokonywali na nich obrzezania.*
>
> 1 Księga Machabejska 1, 60

Ale najgorsze było to, że wielu Izraelitom podobały się nowe porządki: „pozbyli się znaku obrzezania i odpadli od świętego przymierza".

Rekonstrukcji dokonywano przez stopniowe, powolne naciąganie resztek napletka, co z czasem przywracało członkowi jego prawidłowy wygląd. Nazywano to *epispasmus*. W ten sposób młodzież, bo o nią chodziło, nie różniła się od młodzieży greckiej, która nadawała ton. Zwłaszcza musiało to być widoczne w czasie zajęć sportowych, bowiem „w Jerozolimie wybudowali gimnazjum według pogańskich zwyczajów". Sport uprawiali tylko młodzi mężczyźni i to nago. W czasie ćwiczeń i zawodów napletek naciągano przed żołądź (dlatego musiał być odpowiednio długi) i zawiązywano tasiemką zwaną *kynodesme*; chroniło to naskórek żołędzi przed urazami.

Prawowierni żydzi musieli patrzeć z pogardą na młodych odszczepieńców. Stąd wzięło się w Talmudzie takie stwierdzenie: „Adam urodził się obrzezany, jak powiedziano: Bóg stworzył człowieka na swoje podobieństwo. Po czym sprawił, że napletek mu się wydłużył". A stało się to wtedy, gdy zgrzeszył. Tak przynajmniej komentuje to rabbi Nosson Scherman.

Sprawa rekonstrukcji napletka odezwała się w czasach nam bliższych, acz nie mniej okrutnych niż panowanie Antiocha Epifanesa w starożytnym Izraelu, mianowicie w czasie okupacji hitlerowskiej w Polsce. Świadek tamtych czasów, prof. Julian Aleksandrowicz, pisze:

> „Działo się to w okresie największego upadku moralnego ludzkości. Przechodzień idący ulicami miasta nie był pewien, czy nie przystąpi do niego za chwilę młody człowiek w butach z cholewami i tyrolskiej czapce z piórkiem, zapraszając na moment do bramy. Młodzieniec z ironiczno--uprzejmym uśmiechem wypowiadał sakramentalne: »Opuść pan spodnie«... – a potem: »Przepraszam« – albo: »Pan jesteś Żydem, pójdziemy na Gestapo«, a w najlepszym wypadku: »Daj pan całą gotówkę i kosztowności, jakie masz przy sobie«. Przed tego rodzaju konsekwencjami chroniło czasem świadectwo lekarskie, mówiące o przebytej stulejce i dokonanym zabiegu. Pewniejsze były wyniki operacji plastycznych lub bezkrwawa metoda historyka medycyny, profesora Lachsa"[4].

Doktor Jan Lachs, ginekolog krakowski, interesował się historią medycyny. Znając dobrze zarówno historię medycyny, jak i historię Izraela, wiedział, że tego typu zabieg był możliwy do wykonania i zastosował go w pierwszym rzędzie na sobie. Efekt był nadspodziewanie dobry. Wykorzystał go sam Lachs, a potem poszli za nim inni. Ocalał Lachs, ocaleli inni.

Zabieg chirurgiczny odtwarzający u obrzezanych napletek, o którym wspomina Aleksandrowicz, znany był starożytnym i nosi nazwę *repraeputiatio glandis*. Opis znajdujemy już u Celsusa:

> „Gdy żołądź jest obnażona, a ktoś życzy sobie, aby wedle przyzwoitości mieć ją pokrytą, zrobić to można; snadniej atoli u dziecka jak u dorosłego; który wadę ma z urodzenia, jak u tego, któremu zwyczajem niektórych narodów, ona obrzezaną została. Łatwiej tam, gdzie żołądź mała, a obok skóra znajduje się obficiej, aniżeli tam, gdzie przeciwne zachodzą stosunki".

Czy w średniowieczu wykonywano ten zabieg, nie wiemy. Powrócił do niego Ambroży Paré w XVI wieku. Tragiczna sytuacja Żydów, w jakiej znaleźli się w czasie okupacji hitlerowskiej w Polsce, skłoniła dra Janusza Skórskiego do podjęcia próby chirurgicznej rekonstrukcji napletka. Wykonał ją najpierw na dwóch kolegach lekarzach z pomyślnym skutkiem, ci zaś później powtórzyli ten zabieg wielokrotnie. Sam operował jeszcze 53 Żydów, uzyskując w większości przypadków dobre wyniki i ratując ludzi od niechybnej śmierci. Szczegóły techniczne tego zabiegu przedstawił 2 czerwca 1946 roku na posiedzeniu Krakowskiego Towarzystwa Miłośników Historii Medycyny. Nie tylko sprawność chirurgiczna, ale postawa społeczna spotkały się z wysokim uznaniem (za każdy taki zabieg groził mu obóz koncentracyjny). Proponowano rozprawę wydać nie tylko po polsku, ale i po angielsku. W rzeczywistości ukazała się drukiem dopiero w pół wieku później na łamach „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny" i to wyłącznie po polsku[5].

„Pozbycie się oznak obrzezania" oznacza zaprzaństwo, a tego Żydzi nie tolerują. Dlatego żaden z uratowanych przez dra Skórskiego Żydów po wyjeździe do Izraela nie przyznał się do tego

zabiegu, i nikt mu nie podziękował; stąd dr Skórski nie ma swego drzewka w Yad Vashem. Nadal bowiem obowiązuje tam zasada zapisana w Księdze Rodzaju (17, 14): *Nieobrzezany, czyli mężczyzna, któremu nie obrzezano ciała jego napletka, taki człowiek niechaj będzie usunięty ze społeczności twojej; zerwał on bowiem przymierze ze Mną*.

W chrześcijaństwie nie ma obrzezania. Dlaczego? Św. Paweł wysunął na pierwsze miejsce wiarę Abrahama, a nie jego obrzezanie. *Czytamy przecież* – pisze w liście do Rzymian – *że „Abrahamowi została poczytana wiara za sprawiedliwość”*. Stąd pyta: czy stało się to przed, czy po obrzezaniu? A skoro przed obrzezaniem, to znaczy, że dzięki wierze stał się ojcem zarówno nieobrzezanych, jak i obrzezanych, zwłaszcza tych, którzy nie tylko na obrzezaniu się opierają, ale nadto kroczą śladami tej wiary, jaką ojciec nasz Abraham posiadał przed obrzezaniem (por. Rz 4, 9b.12). Wiara jest zatem najważniejsza. Samo obrzezanie stało się jedynie znakiem, „pieczęcią usprawiedliwienia osiągniętego z wiary”.

Polski teolog i kaznodzieja z XVIII wieku, Samuel Wysocki, tak uzasadniał wprowadzenie obrzezania:

> „I ta to *pierwsza* była przyczyna, dlaczego Abraamowi, i jego pokoleniu przykazane było obrzezanie, to jest, aby przez nie, i wiarę razem w Messiasza przyszłego zgładzony był grzech pierworodny, *druga*, aby było pamiątką przymierza, które Bóg z Abraamem uczynił, że sobie pokolenie Jego, to jest cały Naród Żydowski za lud osobliwy, na cześć swoją, i chwałę poświęcony obrał, i niejako tym naznaczył herbem tak właśnie, jak ziemscy z sługami swoimi czynić zwykli Panowie, gdy im piętno kładą na czołach, aby wiedziano, że są niewolnikami na ich służbę oddani; *trzecia*, aby było znakiem sprawiedliwości Abraama, której przez

> wiarę, niż był obrzezany, dostąpił [...]; *czwarta*, aby było różnicą wiernych od niewiernych, żydów od narodów, *piąta*, aby było wizerunkiem Krztu Św. w Nowym Testamencie, przez który wstęp mamy do Kościoła, tak jak żydzi przez swe obrzezanie”[6].

Św. Paweł zachował obrzezanie, ale nadał mu inny wymiar: nie fizyczny, a moralny. Kładzie nacisk na „obrzezanie serca” (termin znany już i przed nim).

W cytowanym liście do Rzymian (2, 28–29) napisał:

> *Żydem nie jest ten, który nim jest na zewnątrz, ani obrzezanie nie jest to, które jest widoczne na ciele, ale prawdziwym Żydem jest ten, kto jest nim wewnątrz, a prawdziwym obrzezaniem jest obrzezanie serca, duchowe, a nie według litery. I taki to otrzymuje pochwałę nie od ludzi, ale od Boga.*

Erazm z Rotterdamu przedstawił to na swój sposób:

> „Paweł, który zawsze naśladuje Chrystusa, wszystko, co ma sens pospolity, podciąga pod sens głębszy, ten zaś zawsze jest najprawdziwszy, zawsze najbardziej zbawienny i najbardziej jawny. Według pospolitego mniemania żydem jest ten, kto ma obcięty napletek. Według rozumienia Pawła żyd to ten, kto ma myśli czyste od ziemskich żądz, a przeciwnie, kto powoduje się prostackimi popędami, ten jest nieobrzezany”[7].

A wspomniany już nasz polski kaznodzieja tę samą prawdę przedstawia w innych jeszcze słowach:

> „Co się tyczy sensu moralnego, wiedzieć mamy, iż to obrzezanie było znakiem wyzucia się z wszelkich grzechów, z skłonności do nich, i pożądliwości przez różne umartwienia sposoby, przez ostrość chrześcijańskiego żywota, zaprzanie się woli i wolności własnej. I do takiego obrzezania po dziś dzień wszyscy chrześcijanie obowiązani jesteśmy, o jakim do chrześcijan dawnych Paweł św. mówił”.

Zatem chrześcijaństwo nie rozstało się z obrzezaniem; wciąż ono obowiązuje, choć nie w fizycznym „znaku-pieczęci”, lecz jako zadanie moralne, znacznie trudniejsze do wypełnienia.

Nie znaczy to jednak, że fizyczne obrzezanie znikło ze świata. Obowiązuje nadal ortodoksyjnych żydów i jest powszechne u muzułmanów. Ale – rzecz osobliwa – stało się modne też u ludzi niezwiązanych z tradycją religijną – ani z judaizmem, ani z islamem. Irena Krzeska opisuje swoje przygody lekarskie w Kanadzie. Tam obrzezanie wykonuje się u 75% noworodków płci męskiej. Czyżby to była tak daleko posunięta profilaktyka, jak niegdyś usuwanie wyrostka robaczkowego „na wszelki wypadek"? Krzeska, choć doświadczony pediatra, nie zetknęła się w Polsce nigdy z tym zabiegiem. Stąd wynikły kłopoty:

> „Nie umiałam, oczywiście, zrobić cyrkumcyzji i siostra oddziałowa po raz pierwszy spojrzała na mnie z pogardą. Co robić? Z sąsiedniego oddziału położniczego poprosiłam młodego ginekologa, który był na tyle uprzejmy, że zechciał „pokazać" mi technikę zabiegu. W jego wykonaniu wszystko trwało zaledwie kilka minut. Machnął kocherami, założył specjalny instrument zwany popularnie „dzwonem", powiedział kilka słów objaśnienia i... poszedł. Ba! Nazajutrz było dwóch chłopców do cyrkumcyzji. Z pewną miną i niepewną ręką musiałam zabrać się do zabiegów, powtarzając to, co zapamiętałam z jednej „lekcji" ginekologa. Udało się. Najadłam się strachu. Odtąd cyrkumcyzje robiłam niemal codziennie ze wzrastającą wprawą.
>
> W praktyce prywatnej jest to zabieg bardzo „dochodowy", a ponieważ do tego jest prosty, wielu pediatrów, chirurgów i położników wykonuje go chętnie, gdy rodzice proszą. Toteż niektóre cyrkumcyzje nie należały do mnie, lecz do lekarzy prywatnych"[8].

Żeby to zrozumieć, nie potrzeba Mojżesza.

Drugim, poza Pismem Świętym, źródłem wiadomości o starożytnym Izraelu jest Talmud[9]. Zrodził się z tradycji ustnej,

która w przeciwieństwie do Pisma, została późno, bo dopiero w III–IV wieku po Chr. spisana. Na Talmud składają się dwie części różnego pochodzenia: Miszna, która zawiera uzupełnienia i wyjaśnienia do Pięcioksięgu Mojżesza, i Gemara, o charakterze encyklopedycznym, zawierająca komentarze i dysputy. W Talmudzie sporo jest wiadomości dotyczących medycyny. Autorzy wiele uwagi poświęcają pokarmom (koszernym i trefnym). Wykazują się też dobrą znajomością anatomii zwierząt, ale nie człowieka, bo szacunek dla zmarłych zakazywał wykonywania sekcji zwłok ludzkich. Co prawda pokrajano kiedyś kobietę cudzołożną – i stąd pochodzi niejaka wiedza o budowie ciała ludzkiego. Ale to było prawie wszystko. Obserwowano fizjologiczny rozwój dziewcząt, bo dojrzała dziewczyna nie podlegała ojcu i swoje zarobki mogła gromadzić dla siebie. Rozważano fazy porodu; cięcie cesarskie można było wykonać tylko na zwłokach. Precyzowano wymogi higieniczne (np. po oddaniu stolca obowiązywało mycie rąk). Przestrzegano, aby sam akt defekacji nie był wykonywany z nadmiernym wysiłkiem, co dopiero w XIX wieku Müller i Valsalva w swoim doświadczeniu uzasadnią naukowo.

W Izraelu znano dwa typy lekarzy: *rophe* – to lekarz dysponujący odpowiednią wiedzą nabytą poprzez wykształcenie, a *uman* – to „rękodzielnik", chirurg nabywający umiejętności na drodze praktyki. To oni nastawiali złamania, leczyli rany, zakładali opatrunki, bandażowali, wykonywali upusty krwi, stawiali bańki, a gdy zachodziła potrzeba wykonywali również amputacje.

Działały już doświadczone położne. Dwie z nich znane z imienia: Szifra i Pua, wbrew nakazowi faraona nie zabijały w Egipcie

męskich żydowskich noworodków. *Bóg dobrze czynił położnym, a lud izraelski stawał się coraz liczniejszy i potężniejszy. Ponieważ położne bały się Boga, również i im zapewnił On potomstwo* (Wj 1, 20–21).

Stosowano balneoterapię: kąpiele oczyszczające, rytualne, które są zewnętrznym wyrazem wewnętrznego oczyszczenia, oraz kąpiele lecznicze: ciepłe, zimne, parowe. Korzystano z kąpieli mineralnych w Jordanie, którego wody zawierają związki bitumiczne i siarczany. Naaman, wódz króla Aramu, doznał oczyszczenia po siedmiokrotnej kąpieli w Jordanie na polecenie Elizeusza (2 Krl 5, 1–15a). Prawdopodobnie chodziło o grzybicę skóry. Nazywano ją w języku jidysz parchem, zwłaszcza gdy pojawiała się na skórze głowy (grzybica strzygąca). Z czasem stało się to słowem ujemnym, oznaczającym kogoś zasługującego na pogardę, czego odpowiednikiem stał się w języku polskim człowiek parszywy – parszywiec.

Znane były choroby psychiczne. Król Saul cierpiał na melancholię i miewał ataki szału. Łagodził je grą na harfie Dawid (1 Sm 16, 14–23). Wolno w tym fakcie dopatrywać się początków muzykoterapii. Odnalazło to swoje odbicie w malarstwie (Rembrandt, Łukasz von Leyden), a Hugo van der Goes, wielki malarz holenderski, sam uległ melancholii, gdy wstąpił do klasztoru. Wtedy przeor, wzorując się na Biblii, leczył go muzyką. Całe wieki później kastrat G.B. Farinelli będzie przez długie lata codziennym śpiewem łagodził depresję Filipa V. Dziś na temat oddziaływania leczniczego muzyki wiemy znacznie więcej.

Również w starożytnym Izraelu dopatrzyć się można zabiegów bioenergoterapeutycznych. Sędziwy Dawid w ostatniej swej

chorobie nie mógł się rozgrzać. Polecono wyszukać młodą dziewicę, która będzie spała przy królu, ogrzewając go własnym ciałem. Znaleziono piękną Szunemitkę imieniem Abiszag. *Dziewczyna ta była nadzwyczaj piękna. Choć miała staranie o króla i obsługiwała go, król się do niej nie zbliżył* (1 Krl 1, 4). Nie o to chodziło.

Jedno i drugie wydarzenie stało się natchnieniem dla poezji R.M. Rilkego. Jego to teksty włączamy – jako poetyckie uzupełnienie – do niniejszej publikacji.

Przedstawiono powyżej te elementy kultu religijnego i życia społecznego dawnego Izraela, które – choć nie zawsze bezpośrednio – odnosiły się do zdrowia, a w jakiejś postaci przez chrześcijaństwo przeszły do kultury europejskiej i trwają w niej do dziś. Kulturalne dziedzictwo starożytnego Izraela jest wciąż żywe. Zwróćmy uwagę, że kultura starożytnego Babilonu, Asyrii, Mezopotamii i innych krajów Bliskiego Wschodu ma już wyłącznie aspekt historyczny. Tego nie można powiedzieć o Izraelu. Biblia jest księgą przymierza między starymi a nowymi laty, czyli pomiędzy starożytnością a czasami współczesnymi. Jako Słowo Boże, stanowi największą wartość dla żydów i chrześcijan. Jako Słowo natchnione, zawierające objawienie Boże, „stanowi nie tylko depozyt wiary i jej regułę, ale jest nadto wyrazem świadomości religijnej Ludu Bożego Starego Testamentu i czasów apostolskich” (Encyklopedia katolicka, t. 2, s. 375). Dlatego była nie tylko tekstem

liturgicznym, ale stała się źródłem natchnienia dla malarzy i iluminatorów rękopisów, dla muzyków, poetów i pisarzy.

Różny wszakże był stosunek Kościoła do indywidualnej lektury Pisma Świętego. Dla Ojców Kościoła była czymś oczywistym. Dla św. Hieronima była równie ważna, jak Eucharystia. „Chrześcijanin, który nie żywi się Pismem – nie żyje". Ten stosunek zmienił się w XIII wieku w związku z rozwojem sekt, a pogłębił się w dobie reformacji, która „głosiła konieczność czytania Biblii przez każdego człowieka i możliwość wykładu indywidualnego" (tamże, s. 416). Ostrożność Kościoła, która poszła zbyt daleko, zniechęciła wiernych do lektury Pisma na całe stulecia, praktycznie do naszych czasów, do Soboru Watykańskiego II. Jan XXIII zalecił „przekazywać wielką naukę obydwu Testamentów i sprawiać, aby przenikała w dusze".

Dzieje się to głównie przez zgłębianie Słowa Bożego w *lectio divina*. Praktyka ta, zarezerwowana przez długie wieki dla zakonów (zwłaszcza kontemplacyjnych), staje się udziałem świeckich coraz większego kręgu, zwłaszcza w ruchu neokatechumenalnym.

Czy Pismo Święte, ściślej zawarte w nim Słowo Boże, może kształtować człowieka i społeczeństwo, zwłaszcza pod względem zdrowotnym, który nas tutaj najbardziej interesuje? Czy rzeczywiście Biblia może być „księgą uzdrawiającą" i to zarówno w odniesieniu do jednostek, jak i społeczeństwa? Tak! Ale warunkiem jest:

– zgłębianie Słowa w sytuacji: tu i teraz;

– przyjęcie wynikających stąd konsekwencji.

Przede wszystkim ma się to odnieść do samego lekarza, do jego własnej osobowości, do konsolidacji wewnętrznej, do zrozumienia samego siebie – na co zwracaliśmy już uwagę. A jeśli jest niewierzący? Joseph Ratzinger w *Kryzysie kultur* radzi: „Także ten, kto nie potrafi znaleźć drogi akceptacji istnienia Boga, powinien przynajmniej starać się tak żyć i tak ukierunkować swoje życie, jak gdyby Bóg istniał”[10]. To samo można odnieść do lektury Biblii. Zważmy, że żaden tekst nie stał się sposobnością do tak licznych omówień, przypisów, opracowań, traktatów, jak tekst Biblii, a mimo to żaden lekarz nie napisał komentarza do jakże interesującego, z punktu widzenia życia i zdrowia człowieka, fragmentu z księgi Mądrości Syracha (1, 1–20):

Koroną mądrości – bojaźń Pańska, dająca pokój i czerstwe zdrowie. [...]
Korzeń mądrości to bać się Pana, a gałęzie jej – długie życie.

Jakże mógłby być pomocny ludziom zawiedzionym w swych oczekiwaniach, skrzywdzonym życiowo, których ambicje przerastały możliwości, albo którym nie pozwolono ich należycie rozwinąć, Psalm 131. Na pewno chroniłby ich od depresji, desperacji, samobójstwa:

Panie, moje serce się nie pyszni
i nie patrzą wyniośle moje oczy.
Nie dbam o rzeczy wielkie
ani na to, co przerasta me siły.
Lecz uspokoiłem i uciszyłem moją duszę...

Doświadczyłem tego na sobie.

I jeszcze słowa z Księgi Izajasza (33, 15–16), które przychodzą mi na myśl, gdy nie w porę włączę telewizor:

Kto zatyka uszy, by nie słuchać o zbrodni,
kto zamyka oczy, by na zło nie patrzeć –

ten będzie mieszkał na wysokościach.

Gdy mówimy o lekturze Biblii, dotykamy środka terapeutycznego o wielkich możliwościach, chociaż nic nie ma o nim w podręcznikach lekarskich. Ale styka się z nim każdy lekarz klinicysta, każda pielęgniarka pracująca w szpitalu, gdzie znajdują się chorzy w stanie krytycznym, w obliczu trwałego kalectwa i bliskiego kresu. Dlaczego chować głowę w piasek? To nie jest rzecz urojona ani wymyślona. To realny konkret dnia codziennego.

A jak w aspekcie społecznym? W księdze Mądrości Syracha (38, 1) czytamy:

Czcij lekarza czcią należną z powodu jego posług,*
Albowiem i jego stworzył Pan.

Słowo oznaczone gwiazdką komentator opatrzył wyjaśnieniem: „Mowa o honorarium". Znaczyło to, że w Izraelu doceniano potrzebę godziwego uposażenia lekarza, bo tylko lekarz pozbawiony podstawowych trosk materialnych może się oddać bez reszty chorym i nauce. Widziałem w czasach PRL-u, a i teraz nie jest lepiej, dziesiątki niezwykle utalentowanych studentów, którzy – ze względu na nędzne uposażenie – nie związali się z uczelnią. Dziś społeczeństwo pyta: Dlaczego nasze uniwersytety ustępują zachodnim? W chwili, gdy to piszę, jestem świadkiem prawdziwego exodusu młodych, zdolnych lekarzy do szpitali zachodniej Europy. Dlaczego? Bo tu nie darzy się lekarza „należną czcią z powodu jego posługi".

Talmud akcentuje ten stosunek do lekarza jeszcze mocniej: „Lekarz, który leczy za darmo, nic nie jest wart" (Bawa Batra 85)[11].

Pacjent ma obowiązek wspomóc materialnie lekarza, ale przez to i samo leczenie nabiera ceny. To dziwne, że leczenie prowadzone

zupełnie za darmo ma nikłą wartość; dopiero gdy pacjent jest zaangażowany w proces leczenia, w pewnym stopniu również finansowo, nabiera ono wartości. Uspołeczniona, czyli dostępna zupełnie za darmo, służba zdrowia stwarzała możliwości nadużyć. Przykładów można podać bez liku.

Odniesień do Biblii nie brakuje. Spotykamy się z nimi na co dzień, w języku polskim niemal na każdym kroku. Jeden cytat z Biblii znalazł się w raporcie na temat prewencji pierwotnej choroby wieńcowej Światowej Organizacji Zdrowia z 1984 roku. Mówiąc o potrzebie ćwiczeń fizycznych, przypomniano:

> „*W pocie czoła będziesz spożywać chleb*. Od czasu wygnania z raju największe zmniejszenie tego potu wystąpiło w naszym stuleciu, przynajmniej w krajach uprzemysłowionych. W tym samym czasie motoryzacja i telewizja przyczyniły się do zmniejszenia aktywności fizycznej w czasie wolnym od pracy".

Przypomina się też Biblię ze względu na wskazania zdrowotne w odniesieniu do diety i postu. Dietę jarzynową nazywa się dietą Daniela, tego, który na dworze króla babilońskiego dobrowolnie odrzucił wystawny stół królewski, ograniczając się do spożywania roślin, a mimo to jego wygląd na tym nie ucierpiał. Do postu, tak często pojawiającego się na kartach Pisma Świętego, nawołuje amerykańska misjonarka Gwen Shaw[12]. Powołuje się przy tym na świadectwo Mojżesza, Eliasza, Ezdrasza, Daniela, Estery, Anny, Pawła i samego Jezusa. Nie jest to jednak post, który ma jedynie uzdrowić ciało. W Księdze Joela (2, 12–13) możemy przeczytać:

> *Nawróćcie się do Mnie całym sercem*
> *przez post i płacz, i lament!*
> *Rozdzierajcie jednak wasze serca, a nie szaty!*
> *Nawróćcie się do Pana, Boga waszego!*

Duże znaczenie do zdrowia fizycznego przywiązują, z nakazu Biblii, adwentyści. Warunkiem przystąpienia do nich jest całkowita abstynencja od alkoholu, tytoniu i narkotyków. Troska o zdrowie, tak jak w Starym Testamencie, jest traktowana jako część życia religijnego wyznawców. Nie bez racji twierdzą, że „niewłaściwe jest, gdy chrześcijanin łamie ustanowione przez Boga prawa natury, odnoszące się do jego organizmu, a później prosi Go o uzdrowienie". Ogromnych strat duchowych i materialnych można by uniknąć, „gdyby nie tylko Kościół Adwentystów, ale i inne Kościoły, stanęły na stanowisku zupełnej abstynencji wśród duchowieństwa i laikatu" – jak słusznie pisze przedstawiciel tego Kościoła Piotr Gradzikiewicz[13].

To zaniedbanie w Kościele katolickim widział też Szumowski. W swej *Historii medycyny* napisał:

> „Troska o zdrowie należy według Talmudu do obowiązków religijnych. Jest to przepis niezmiernie wielkiej doniosłości, na którym się wychowywały i do dziś wychowują wszystkie pokolenia żydów, a który rozwiązuje tajemnicę, dlaczego na ogół żydzi więcej myślą o swoim zdrowiu niż chrześcijanie"[14].

Z tym się należy zgodzić, pamiętając wszakże, że Talmud jest tylko komentarzem Starego Testamentu, którego wskazań nie godzi się lekceważyć. Kościół katolicki, który na naszych oczach miał odwagę rozprawić się z błędami własnej przeszłości, taką analizą powinien objąć również swe odniesienie do spraw zdrowotnych.

Problem wiary i zdrowia, uzdrowienia i wyleczenia jest problemem wiecznym i będzie trwał póki istnieje ludzkość. W naszym chrześcijańskim wymiarze zakotwiczony jest nie tylko w Starym, ale i w Nowym Testamencie. Jeśli w tych rozważaniach mamy wykazać, co z dalekiej przeszłości jest i dziś jeszcze aktualne (w naszym przypadku w odniesieniu do człowieka zdrowego i chorego), co obecnie jeszcze kształtuje, a przynajmniej kształtować może i powinno nasze życie, to bezwarunkowo odnosi się to w najbardziej żywotny sposób do Biblii. Z tysięcy tekstów, które na ten temat napisano, przytaczam (dość przypadkowo) cytat z rozprawy K.P. Hertzscha *Żyć i umierać z Biblią*:

> „Myślę i tego doświadczyłem, że Biblia ma szczególną siłę dzięki temu, że wnika w warstwy mojego życia i mojej istoty, które w przeciwnym razie nie byłyby dotknięte albo w ogóle, albo niezwykle słabo; w mojej pamięci i w moim wnętrzu Biblia jest również żywa. Istnieją na pewno bardziej interesujące, bardziej porywające i bardziej naukowe książki niż Biblia, ale nie ma takiej, która by bardziej wnikała w głębię ludzkiego serca, aby bardziej mnie nie tylko pouczała i informowała, ale by wyciskała na mnie swoje piętno i w ten sposób wpływała na zmianę i kształt mego życia”[15].

Sam autor niniejszych słów uczył się Psalmów i wersetów Pisma Świętego na pamięć. Były mu one pomocne w czasie choroby. Doświadczył, że były pomocne umierającym.

Problem wiary w kontekście choroby, cierpienia i umierania jest nadal tak aktualny, jak był przed stuleciami i tysiącleciami. Ciągle tak samo pytamy: czy religia uzdrawia? (por. „List” 1/06). A cudowne uzdrowienia wcale nie znikły w naszych zmaterializowanych czasach; stanowią nie lada wyzwanie zarówno dla ludzi wierzących, jak i niewierzących[16]. Czy u ich podłoża nie stoi wiara? Czy niejeden z tych, którzy uzdrowienia dostąpili, nie

usłyszałby z ust Chrystusa tych samych słów, które Pan powiedział do chorej uwolnionej z krwotoku: „Wiara twoja cię uzdrowiła”? Czy niektórzy z nas, którzyśmy jeszcze tego cudu nie dostąpili, nie w Biblii szukają nadziei i pomocy?

To, co odnosiło się do jednostki i do społeczeństwa tamtych czasów, odnosi się także do naszego polskiego społeczeństwa w pierwszej połowie XXI wieku.

Żydzi w Europie

Mówiliśmy o medycynie starożytnego Izraela. Po upadku Jerozolimy i rozproszeniu Żydów powstały tu i ówdzie szkoły rabinistyczne, w których również uczono nieco medycyny. W okresie rozwoju państwa arabskiego i kultury arabskiej spotykamy się z wybitnymi lekarzami żydowskimi. Ich działalność należy jednak do innej kultury i przy innej okazji o nich wspomnimy. W nowszych czasach nieprzeciętną rolę w medycynie odegrali tacy uczeni, jak Paul Ehrlich, Zygmunt Freud i wielu innych, o czym należy pamiętać, ale ich osiągnięcia należą do medycyny nowożytnej, a nie ściśle żydowskiej.

Żydzi w Polsce

Przez lat tysiąc bez mała Żydzi przebywali na naszych ziemiach, dzieląc ze społeczeństwem polskim jego dolę i niedolę. Na Zachodzie byli prześladowani, oskarżani o wzniecanie zaraz, zatruwanie studzien i chwytanie dzieci na krew do macy, co było pretekstem do pogromów, rozbojów i rabowania dorobku żydowskiego. Tu znaleźli swą ojczyznę utraconą przed wiekami przez przodków. Ten okres zamknięty ostatnią wojną wzbudza coraz większe zainteresowanie obu stron, daleko większe niż wtedy, gdy to wspólne życie było codziennością. Potrzebny był czas, by z jego perspektywy spojrzeć na blaski i cienie przeszłości w kontekście przyszłości.

Zamknięci w swoich dzielnicach Żydzi świadomie izolowali się od społeczeństwa polskiego, by zachować swą religię i obyczaje. Narażani na ekscesy żaków czy podburzonego tłumu, pozostawali ciągle w swej przybranej ojczyźnie, zdając sobie sprawę, że to co ich tu spotyka jest niewspółmierne do holokaustu, jaki ich bracia przeżywają gdzie indziej. Dlatego rzadko wyruszali stąd w świat. Szkoda, że nigdy nie dają temu wyrazu wdzięczności. Ostre pióro autorów antyżydowskich rozpraw, jakie się raz po raz pojawiały, nie miało większego wpływu na ich codzienne życie. Nie przyjmowano ich do cechów ani na uniwersytety, otworzyli więc szkoły religijne i świeckie, o których więcej wiedziano na drugim końcu Europy, niż w sąsiedniej dzielnicy. W sprawach zdrowotnych zwracali się do cadyków, którzy posiadali pewną praktyczną wiedzę medyczną. Czynnej pomocy rękodzielniczej udzielali im przyuczeni chirurdzy-cyrulicy.

Wszakże historia odnotowała kilka nazwisk wybitnych lekarzy żydowskich, z których pomocy korzystano nawet na królewskim

dworze. Byli to: Izaak syn Abrahama, lekarz królów polskich od Kazimierza Jagiellończyka po Zygmunta Starego, Samuel bar Meszulam, lekarz królowej Bony, po nim Salomon Askenazy, syn Natana z Udine, oraz Salomon Kalahora z Hiszpanii na dworze Stefana Batorego.

Z czasem, w pierwszej połowie XIX wieku, Żydzi uzyskali prawo studiowania na uniwersytecie. Zyskali kwalifikacje potwierdzane otrzymanymi dyplomami. Podejmowali usiłowania, aby wejść w skład ciała profesorskiego. Nie bez trudności pierwszym profesorem Żydem na Uniwersytecie Jagiellońskim został Józef Oettinger, profesor historii medycyny. Z czasem liczba studentów żydowskiego pochodzenia stawała się coraz większa, tak że pojawiła się obawa zaburzenia proporcji pomiędzy studentami Żydami a nie-Żydami. Ograniczono wtedy liczbę przyjętych uczniów pochodzenia żydowskiego, wprowadzając tzw. *numerus clausus*. Dostawali się zatem na studia najzdolniejsi; stąd mieliśmy bardzo dobrych lekarzy pochodzenia żydowskiego.

Stan zdrowotny i sanitarny Żydów był stałym przedmiotem zainteresowania lekarzy polskich i żydowskich, reprezentujących warstwy oświecone. W 1841 roku F. Brodowski napisał pod kierunkiem prof. M.J. Brodowicza rozprawę doktorską o chorobach Żydów, w której opisał specyfikę chorób występujących u ludności żydowskiej na terenie Krakowa i okolicy[17]. W 1842 roku jeden z lekarzy żydowskich, ukrywający się pod inicjałami B.R., napisał w Warszawie broszurę, w której stwierdzał, że „niektóre obrządki religijne, zwyczaje i obyczaje starozakonnych, nader szkodliwy wpływ wywierają na ich zdrowie, podkopując i niszcząc je, a często nawet sprowadzając niebezpieczeństwa, które grożą utratą

życia”[18]. Stan zdrowotny Żydów w porównaniu z chłopami polskimi, żyjącymi przecież równie ubogo, był jego zdaniem tragiczny. Główną przyczynę tego stanu rzeczy upatrywano w brudzie i niechlujstwie. Zarzucano im także wczesne grzebanie zmarłych bez pewności śmierci, przedwczesne zmuszanie dzieci do nauki, kąpiele obrzędowe kobiet bez zabezpieczenia sanitarnego.

O ile higiena Żydów i warunki zdrowotne, w jakich żyli, budziły zastrzeżenia, o tyle poziom samych lekarzy żydowskich nie był kwestionowany; również pacjenci żydowscy byli dobrze oceniani przez lekarzy praktykujących w małych miasteczkach i na wsiach. Rzecz była w tym, że polski chłopek-roztropek zawsze poddawał wskazania lekarskie własnej ocenie i modyfikacji, co oczywiście utrudniało leczenie, natomiast Żyd jako pacjent wypełniał bezwarunkowo wszystkie zalecenia dietetyczne i farmakologiczne. Drugą pozytywną cechą żydowskich pacjentów był optymizm. Ten optymizm wychodził czasem poza życie doczesne. Opowiadał stary lekarz praktyk, dr Pabian z Bodzentyna:

> Odwiedziłem starego Abrahama, by przynieść mu ulgę w cierpieniu; godziny jego życia były policzone. Na drugi dzień spotykam kogoś z rodziny:
> – Co z Abrahamem?
> – Jest mu lepiej!
> Mija dzień.
> – Co z Abrahamem?
> – Jest mu lepiej!
> To samo na kolejny dzień. To niemożliwe! Pytam natrętniej, co i jak? A oni na to, wskazując palcem na niebo:
> – Tam, gdzie on teraz jest, jest mu na pewno lepiej!

Doktor Adam Majewski wspominał w swoich pamiętnikach wykłady prof. W. Ziembickiego, który przygotowywał swych

studentów na różne reakcje przyszłych pacjentów:

> „Sami przekonacie się w przyszłości, że na przykład żydzi są dobrymi pacjentami. Jeżeli wyleczymy żyda, to z reguły będzie nam dziękował i opowiadał, że doktor go wyleczył. W wypadku, kiedy umrze, jego rodzina powie, że Bóg go zabrał do siebie. Natomiast mając do czynienia z naszym współwyznawcą, przekonacie się w przyszłości, że gdy uda się wam wyleczyć takiego ciężko chorego, to jego rodzina będzie mówić, że ocalił go Bóg i oczywiście ich modły. Kiedy jednak umrze pomimo waszych starań, a niejednokrotnie waszego poświęcenia ponad miarę, rodzina będzie opowiadać, że doktorzy go wykończyli, albo gdy chory był poddany operacji – to zarżnęli!”[19].

Nie ma wątpliwości, jakich pacjentów należy sobie życzyć.

We współczesnym słownictwie lekarskim pozostał starotestamentowy relikt w postaci pojęć: onanizm i jabłko Adama. Pierwsze odnosi się do grzechu Onana. Onan nie chciał wzbudzić potomstwa swemu zmarłemu bratu i stosował *coitus interruptus* (stosunek przerywany); zatem nie masturbację (samogwałt), którą niesłusznie określa się również terminem onanizm.

Wystającą u mężczyzn grdykę nazywa się jabłkiem Adama (*pomum Adami*).Wiąże się to z rajskim owocem, który Ewa dała do zjedzenia Adamowi, a który również w dziełach sztuki przedstawia się w postaci jabłka – niesłusznie, bowiem w tamtych czasach w krajach Bliskiego Wschodu nie było jabłoni.

Przypisy

[1] G. Kreppold, *Die Bibel als Heilungsbuch*, Vier–Türme–Verlag, Münsterschwarzach 1985.

[2] Efraim, *Jezus Żyd praktykujący*, Wydawnictwo M, Kraków 1992, *passim*.

[3] K. Pospieszyńska, *Cymes, czyli kuchnia żydowska*, Warszawa b.d., s. 8.

[4] J. Aleksandrowicz, *Kartki z dziennika doktora Twardego*, WL, Kraków 1983, s. 43.

[5] J. Skórski, *Repraeputatio glandis. Operacje na obrzezanych. Rys historyczny i technika*, „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny" [dalej AHiFM] 2001, R. 64, nr 1, s. 17.

[6] S. Wysocki, *Nauki, homilie i materie kazań*, Warszawa 1762, s. 20.

[7] Erazm z Rotterdamu, *Metoda teologii*, [w:] tegoż, *Trzy rozprawy*, tłum. J. Domański, PAX, Warszawa 1960, s. 223.

[8] I. Krzeska, *Kanada pachnąca medycyną*, PZWL, Warszawa 1961, s. 138.

Nieumiejętnie wykonany zabieg grozi powikłaniami. Jest to sprawa ciągle aktualna, czego dowodzi praca A. Kaczmarka, *Powikłania rytualnego obrzezania*, „Wiadomości Lekarskie" 1987, nr 40, s. 171.

[9] W literaturze polskiej istnieje interesująca rozprawa: W. Zaremba, *Lecznictwo u żydów ze szczegółowem uwzględnieniem Talmudu*, „Nowiny Lekarskie" 1896, R. VIII, nr 7, s. 419 n. [odbitka 1897].

[10] J. Ratzinger, *Europa Benedykta. W kryzysie kultur*, Wyd. Św. Pawła, Częstochowa 2005, s. 70.

[11] D. Lifschitz, *Z mądrości chasydów*, Jedność, Kielce 1998, s. 47.

[12] G. Shaw, *Twoje spotkanie z Bogiem. Studium biblijne na temat postu*, Poznań 1982. Wskazaniami leczniczymi zajął się amerykański lekarz R. Cherry w książce: *Biblia leczy*, Wyd. M, Kraków 2006. Można je znaleźć także w innych książkach z cyklu: „Odkryj zdrowotne tajemnice Biblii" dostępnych w przekładzie polskim.

[13] P. Gradzikiewicz, *Chrześcijanin a zdrowie*, „Znaki czasu", Warszawa 1982, s. 94.

[14] W. Szumowski, *Historia medycyny...*, s. 55.

[15] K.P. Hertzsch, *Mit der Bibel leben und sterben. Die Bibel im neuen Kontext von Stress und Konsum*, „Bibel und Kirche" 1992, nr 2, s. 94.

[16] Należy zwrócić uwagę na szereg pozycji dotyczących uzdrowień związanych ze sferą duchową, m.in.: J. Jurczyga, *Uzdrawiająca moc Jezusa*, Verbinum, Warszawa 1999; *Bóg i dziś uzdrawia. 100 świadectw*, opr. J. Jurczyga, Verbinum, Warszawa 1999; M. Usha, *Droga do uzdrowienia*, Kraków 2006. Byłoby wskazane, aby tymi problemami zajęła się medycyna oficjalna.

[17] F. Brodowski, *De morbis Judeorum in Republica Cracoviensi habitantium*, Cracoviae 1841.

[18] B.R. Lekarz, *Uwagi nad teraźniejszym stanem starozakonnych pod względem policyjno-lekarskim*, Warszawa 1842 (rec. Bibl. Warszawska 1842, t. 4, s. 397).

[19] A. Majewski, *Lekarz też człowiek*, Wyd. Morskie, Gdańsk 1980, s. 115.

Uzdrowienie trędowatego

por. Mt 8, 1–4; Mk 1, 40–45

Zdarzyło się w jakimś miasteczku, że do Jezusa przyszedł człowiek pokryty trądem, spojrzał na niego, pokłonił się do ziemi i błagał o pomoc:

– Panie, jeśli zechcesz, możesz mnie uzdrowić.

Jezus wyciągnął rękę, dotknął go i powiedział:

– Chcę, będziesz zdrowy!

W tej samej chwili trąd zniknął z jego ciała.

Jezus zabronił mu o tym mówić.

– Idź teraz do kapłana – powiedział – niech cię zbada i stwierdzi, że jesteś czysty, a wtedy za swoje uzdrowienie złożysz ofiarę według

przepisów prawa Mojżesza.

Wieść o Jezusie rozpowszechniała się jednak coraz bardziej i mnóstwo

ludzi przychodziło słuchać go i leczyć się u niego.

Jezus zaś odchodził co jakiś czas, aby modlić się w samotności.

Łk 5, 12–16

Uzdrowienie dziesięciu trędowatych

Gdy [Jezus] wchodził do pewnej wsi, wyszło naprzeciwko Niego dziesięciu trędowatych. Zatrzymali się z daleka i głośno zawołali: „Jezusie, Mistrzu, ulituj się nad nami!”. Na ich widok rzekł do nich: „Idźcie, pokażcie się kapłanom!”. A gdy szli, zostali oczyszczeni.

Łk 17, 12–14

Zwróć uwagę: zatrzymali się, bo nie wolno im było się zbliżyć. Dostali polecenie, aby pokazali się kapłanom, bo taka istniała formalność w przypadku trądu. Gdy Chrystus uzdrawia z innych chorób, nie wydaje takich poleceń.

Z Mądrości Talmudu

Przysłowie powiada: Szanuj swojego lekarza, dopóki może ci się przydać.

Taanit 80, 3

Lekarz, który leczy za darmo, nic nie jest wart.

Bawa Batra 85

Lekarz, który leczy nie widząc chorego, jest jak ślepe oko.

Bawa Batra 86

Nacierania i mycie nie wnikają głęboko w ciało, a jednak wychodzą mu na zdrowie.

Berachot 57

Rabbi Chija nauczał: Jeśli nie chcesz zachorować na kiszki, maczaj zawsze swój chleb w occie lub winie; jeśli znajdziesz szczególne upodobanie w jakichś potrawach, porzuć je; nie zwlekaj, gdy czujesz potrzebę wypróżnienia.

Gittin 70

Są rzeczy, których nadmiar jest szkodliwy, a które w miernej ilości są pożyteczne. Oto one: chodzenie, bogactwo, praca, wino, gorąca kąpiel i puszczanie krwi.

Gittin 70

Kto lekceważy sobie mycie rąk, szybko schodzi z tego świata.

Sotta 4

Wielcy Izraela przygotowywali gorące napoje dla chorego nawet w szabat.

Joma 84

Gdy kobieta ma ciężki poród, należy podzielić w jej wnętrzu płód i wydobywać członek po członku, gdyż jej życie ma pierwszeństwo przed życiem płodu.

Rzecze Rabbi: Nie wolno go tknąć, gdyż nie wolno ratować jednego życia kosztem innego.

Challa 7

Rzekł Abba Szaul, powołując się na Rabbiego Akiwę: Kto zamawia ranę i mówi: Nie dopuszczę do ciebie żadnej z chorób, jakie zesłałem na Egipt, bom ja, Pan, twoim lekarzem i spluwa przy tym – ten nie będzie miał udziału w życiu przyszłym.

Sanhedrin 90

Opr. S. Datner i A. Kamieńska

PIW, Warszawa 1988

R.M. Rilke

Abisag

I

Leżała. I jej dziecinne ramiona
słudzy związali wokół jego ciała,
na którym długie słodkie godziny leżała
jego starością nieco zatrwożona.

I czasem odwracała w jego brodzie
twarz swoją, kiedy sowa zakrzyczała;
i noc z tym wszystkim, co jest nią, nastała
wokół leżącej w tęsknocie i trwodze.

Siostrzane gwiazdy jej wysoko drżały
i woń szła węsząc przez ciemną sypialnię,
znak dając poruszyły się kotary,
jej wzrok za znakiem tym szedł niewidzialnie.

Mając pod sobą mrocznego człowieka
i przez noc nocy nie dotknięta cała,
na jego chłodzie książęcym leżała
ona dziewicza i jak dusza lekka.

II
Król siedział, dumał w dzień o starych rysach,
wspominał czyny dokonane, nie spełnione
rozkosze, myślał o charcicy ulubionej –
Ale wieczorem sklepiła Abisag
ciało swe nad nim. A jego zmącone
życie leżało puste, dzikie jak wybrzeże
morza pod konstelacją cichych piersi.

I nieraz jako stary znawca kobiet
poznawał patrząc zza brwi swojej gęstej
usta bez pocałunków, nieruchome;
i widział: uczuć jej gałęzie świeże
nie opuszczają się do gruntu jego dni.
Mróz go przejmował. Jak pies nasłuchiwał w sobie
i szukał siebie w swej ostatniej krwi.

R.M. Rilke, *Poezje*, tłum. M. Jastrun, WL, Kraków 1993, s. 81

R.M. Rilke

Dawid śpiewa przed Saulem

I.
Słyszysz, królu, jak to strun mych dźwięki
tworzą dal, w której my się poruszamy:
gwiazdy dziko pędzą nam naprzeciw
i gdy w końcu deszczem opadamy,
tam gdzie opadł, wszystko się zieleni.

A dziewczęta, któreś poznał jeszcze ty,
są już kobietami kusząc mnie o zmierzchu,
łatwo zwietrzysz znany zapach dziewcząt,
a młodzieńcy stoją już w napięciu
szczupli i dyszący, u dyskretnych drzwi.

Oby gra ci moja wszystko przypomniała,
Lecz pijanym toczy się wciąż dźwiękiem:
Twoje noce królu, noce twe namiętne –
jakież były, które moc twa osłabiała,
jakież wszystkie ciała były piękne.
Twym wspomnieniem zdam się kroczyć tutaj,
bo zgaduję. Ale jaka struna
ciemnym jękiem ich rozkoszy, jęknie? –

II

Królu, który wszystko to przeżyłeś,
który pełnią życia sam
w cień mnie pchnąwszy, zwyciężyłeś:
z tronu swego zstąp i złam
moją harfę, którą zamęczyłeś.

Stała się bezlistnym drzewem:
przez gałęzie, które owoc niosły ci,
zionie teraz głębia jakby dni
co nadejdą, które znam zaledwie.
Nie każ więcej mi przy harfie spać;
przypatrz się tu tej chłopięcej dłoni:
wierzysz, królu, że nie umiem jeszcze grać,
czułych oktaw z ciała dobyć?

III

Królu, choć ukrywasz się w ciemnościach,
jednak trzymam cię w swej mocy mężnie.
Spójrz, mej pieśni przerwać nikt nie zdołał,
chociaż przestrzeń wokół nas już ziębnie.
Me sieroce serce i twe zawikłane
wiszą teraz w chmurach twego gniewu,
wściekle wbiwszy wzajem ostrza zębów
w jeden kłąb zczepione razem.

Czujesz teraz jak się przekształcamy?
Jak się ciężar w ducha przeobraża?
Gdy się siebie wzajem tak trzymamy,
ty młodzieńca, królu, a ja starca
prawieśmy jak jedna w locie gwiazda.

R.M. Rilke, *Śpiew jest istnieniem*, tłum. B. Antochewicz,

Wyd. Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 1994, s. 20

IV. Medycyna starożytnej Grecji

Grecja jest kolebką europejskiej medycyny. Wiąże się to z okresem rozkwitu jej kultury, co przypada na V wiek przed Chr., na wiek Peryklesa, w którym działali Sofokles, Herodot, a przed nimi Ajschylos, później zaś tłum filozofów z najbardziej nam znanym Sokratesem oraz lekarze, a wśród nich – najbliższy naszym wywodom Hipokrates. Ale zanim przybliżymy jego dziejowe znaczenie dla rozwoju medycyny, wspomnieć trzeba o pierwotnych mieszkańcach półwyspu i ich wyobrażeniach o otaczającym świecie, o oddawaniu czci boskiej przedmiotom martwym, o kulcie zwierząt, które podnoszono do rangi bogów, o bóstwach rzek, gajów i lasów, o demonach nieprzyjaznych człowiekowi, które zapełniały świat, a ratunku i obrony przed nimi szukano w obrzędach magicznych. Z nimi wiązał się kult zmarłych, zwłaszcza kult bohaterów, których groby otaczano szczególną czcią. Bóstwa podziemne zasługiwały na nadzwyczajny szacunek ze względu na ich związki ze zmarłymi i siłami, których udzielały zasianym ziarnom i wzrastającym roślinom. Dlatego węże

wychodzące spod ziemi były tak przyjaźnie przez Greków traktowane.

Medycyna ograniczała się do najprostszych zabiegów, jakie zna medycyna ludowa każdego kraju, ale w licznych bitwach, które tu toczono, dochodziło do ciężkich uszkodzeń ciała wymagających często specjalnej pomocy; sprzyjało to rozwojowi chirurgii.

Wiązanie świata naturalnego z nadprzyrodzonym, przy rozbudzonej wyobraźni cechującej Greków, doprowadziło do powstania bogatej mitologii. Bogowie byli jak ludzie ze wszystkimi ich zaletami i wadami, tyle że nieśmiertelni. Niektórzy z nich zajmowali się medycyną. Ich hierarchię uporządkuje kiedyś Homer.

Lekarz leczący pacjenta
(aryballos czerwonofigurowy na poddaszu , 480–470 pne)

Pierwszym znanym z mitologii lekarzem był Melampus. Rozumiał on mowę ptaków i węży, znał właściwości lecznicze ziół i kamieni, co wykorzystywał, uzupełniając ich dawkowanie odpowiednim rytuałem magicznym. Wyleczył Ifiklosa (syna Fylakosa) z impotencji psychogennej,a córki króla Proitosa

z obłędu: błądzące po górach i udające krowy, z pomocą kilku młodzieńców wrzaskiem przegonił aż do domu ojca (jogging?) i poddał oczyszczeniu. Jedna z wycieńczenia zmarła, dwie pozostałe wyzdrowiały i wyszły za mąż; jedna za samego Melampusa.

Podobno Orfeusz zajmował się medycyną, tak jak muzyk Musajos, który leczył chorych muzyką.

Herakles, którego znamy z jego nieprzeciętnej siły, również zajmował się medycyną. W Messynie na Sycylii czczono go jako boga sztuki leczniczej. Wprowadził do leczenia gorące kąpiele. Przypisuje się mu odkrycie kilku ziół; pewien ich gatunek nosi nazwę *Heracleum*.

Wszakże najpoważniejszą rolę odegrał Apollo i jemu poświęcimy nieco więcej uwagi.

1. Apollo

W mitologii greckiej Apollo (Apollon) odegrał wielostronną i doniosłą rolę. Był opiekunem muz, wróżbiarstwa, grał znakomicie na lirze; był bogiem słońca, toteż utożsamiano go z systemem heliocentrycznym, ale też bogiem śmierci (zabijał strzałą ze srebrnego łuku). Kult jego przechodził ewolucję. Do historii medycyny wszedł jako twórca medycyny i jej bóg. Sam mówił o sobie ustami poety:

Inventum medicina meum est, opiferque per orbem
Dicor, et herbarum subiecta potentia nobis.

Wynalazek to mój – medycyna i mówię wszędzie, że
pomoc niosę; nad ziołami też władzę posiadam.

Owidiusz, *Przemiany* 1, 521, tłum. L. Winniczuk

Dlatego adept medycyny przysięgał na „Apollina-lekarza".

Najbardziej widoczną formą opieki sprawowanej przez Apolla była ochrona przed złem, zwłaszcza przed złem w postaci chorób, szczególnie chorób epidemicznych. Apollo bronił przed zarazą, ale mógł ją też powodować. Wypuszczał wtedy ze swego łuku strzały moru; takim go widzimy na murach Troi. Strzała jako symbol zarazy przetrwała przez długie stulecia.

Apollo znalazł się na kartach historii medycyny jeszcze z innego powodu – jako ojciec Asklepiosa. Tę tragiczną historię uwieczniła mitologia. Apollo zakochał się w Koronis – pięknej nimfie. Koronis zaszła w ciążę, lecz zaślepiony podejrzeniem o zdradę Apollo zabił ukochaną. Gdy była już na stosie, wydobył z jej łona dziecko cięciem, które nazwano później cięciem cesarskim (łac. *sectio caesarea*; *caesus matris utero* – wycięty z łona matki). Jest to pierwszy opisany tego rodzaju zabieg wykonany *post mortem matris*. Syna nazwanego Asklepiosem oddał pod opiekę Chironowi.

Chiron był centaurem zamieszkującym górę Pelion w Tesalii. Znany był z gościnności i dawania schronienia potrzebującym, a przede wszystkim ze znajomości leczniczych ziół. Znał ich właściwości i zapoczątkował ich uprawę; od tej pory weszły na stałe do medycyny. Najbardziej znana jest centuria pospolita (*Centaurium umbellatum* Gilib.). Gdy był już stary, został zraniony w nogę przez Heraklesa strzałą umoczoną w krwi Hydry; leczył

ranę rośliną zwaną centaurea (*Centaurea cyanus*) lub chironia. Jednak z czasem pojawiło się trudno leczące się owrzodzenie, które spowodowało jego śmierć. Ale zdążył wychować Asklepiosa[1].

2. Asklepios

Małego Asklepiosa karmiła koza, a pilnował pies. Gdy wzrastał, stawał się pojętnym uczniem Chirona. W wieku dojrzałym pojął za żonę dziewczynę o imieniu Epione – „łagodność" i miał z nią dwóch synów i cztery córki. Synowie to Machaon i Podalejrios. Obaj, gdy zaszła potrzeba, przybyli pod Troję, dlatego uwiecznił ich Homer. Pierwszy, „godny syn Asklepiosa", wezwany został do Menelaosa zranionego strzałą Trojan:

> „Zaraz wyjmuje strzałę. Kolce w pas ozdobny
> Mocno wbite gdy ciągnął, skrzywione zostały.
> Zdjął z niego pas i blachę lekarz doskonały,
> Opatrzywszy zaś ranę, wyssał krew, a potem
> Rozlał balsam na miejsce ostrym tknięte grotem.
> W cudnych skutkach moc tego balsamem wsławiona.
> On go dostał od ojca, ojciec od Chejrona".
>
> *Iliada*, ks. IV, 196–202
>
> przekł. Fr. Ks. Dmochowski

Z czterech córek Asklepiosa na wyróżnienie zasługują Hygieia – „zdrowie" i Panakeia – „wszech-lek"; od niej pochodzi *panaceum*, czyli nieistniejący, a wciąż poszukiwany lek na wszystko.

O Hygiei mówiono, że umie sporządzać leki. Przedstawiano ją w postaci półnagiej dziewczyny z odsłoniętą piersią; w ręce trzyma czarę, do której zagląda owinięty wokół jej ramienia wąż. Tak wygląda symbol farmacji.

Asklepios, gdy został półbogiem i zaczął doznawać czci w świątyniach, przedstawiany bywał w dwóch postaciach: jako człowiek dojrzały, ale nie stary, o ciepłym wejrzeniu, z wężem owiniętym wokół laski lub nawet maczugi, symbolizującej potęgę i siłę medycyny *ad trucidandos morbos*, albo w postaci samego węża.

Dlaczego wąż stał się symbolem medycyny?

3. Wąż Asklepiosa

Wąż rajski, kusiciel, który sprowadził tyle nieszczęścia na świat, rzucił negatywny cień na węża (również na symbol). Tymczasem wąż wcale nie jest jednoznacznie negatywnie oceniany. Przecież sam Chrystus zaleca nam go naśladować: „bądźcie roztropni jako węże". A idąc za Nim, św. Jan Chryzostom mówi:

> „Zobaczmy, jaki rodzaj roztropności jest wymagany. Roztropność węża – mówi Pan. Podobnie jak wąż porzuca wszystko, nawet część swego ciała, byle tylko ocalić głowę, tak i ty – powiada – z wyjątkiem wiary porzuć wszystko: bogactwo, ciało, a nawet życie".

Zrzucając skórę, wąż niejako się odradza, stąd uosabia odradzające się życie. I dlatego stał się symbolem medycyny. Wąż

Asklepiosa symbolizuje ponadto cechy potrzebne lekarzowi: roztropność, ostrożność oraz chytrość i podstęp.

Roztropność? Zgoda! Jest to cnota nad cnotami. Ostrożność? Oczywiście! Kto nie doświadczył jej potrzeby? Ale chytrość i podstęp zdają się zaprzeczać moralnym wartościom, które mają cechować lekarza. Gdy jednak przyjrzeć się im bliżej, to okaże się, że zarówno chytrość, jak i podstęp nie zawsze muszą służyć złym celom. Postaramy się to udowodnić. Stosowany w receptach środek *Corrigens* jest pozbawiony wartości leczniczych, ale poprawia smak. Lekarz wprowadzając go, troszczy się nie tylko o właściwy lek, ale i o to, żeby chory go zażył. Ten sam lek przygotowany fabrycznie dla dorosłych i dla dzieci znacznie się różni, i to nie tylko smakiem, ale również ceną. Pani doktor dentystka u maluchów nie „opracowuje ubytków próchniczych", lecz szuka „wstrętnego robaczka", bo to odwraca uwagę dziecka od nieprzyjemnego zabiegu. A świadome stosowanie *placebo*? Ileż w medycynie sugestii i autosugestii. I poza nią również. Starszej pani nikt nie ustępował miejsca w tramwaju; ortopeda zalecił chodzenie z laską – pomogło.

Lekarze starszej generacji opowiadali, iż żeby odżywić na wsi starego człowieka wychodzącego z ciężkiej choroby, nie można było wprost „zalecić diety wysokokalorycznej", bo niewiele by z tego wyszło. Zalecano zabicie czarnej kury na rozstajnych drogach, o północy i – tu następował najistotniejszy warunek – nikt poza chorym nie mógł kury spożywać.

Rozważmy: w tamtych czasach na wsi jedzono mięso dwa razy w roku. Mawiano: jeśli chłop je kurę, to albo kura jest chora, albo chłop jest chory. Czy mógłby dziadek z czystym sumieniem zajadać

się kurą, gdy spoglądają na niego wygłodzone oczy wnucząt? A jak inaczej pokrzepić chorego?

Melchior Wańkowicz znał te sprawy i widział sensowność niektórych świadomie wprowadzanych zabobonów. W *Szczenięcych latach* pisał:

> „Medycyna dworska wyrobiła cały systemat, aby elementarne wskazania antyseptyki i higieny ożenić trwale z przesądami. Dr Rozen, szwagier babki, kiedy rzucił płatną praktykę i osiadł w Nowotrzebach, wyrobił sobie cały sposób postępowania. Lekarstwa dawał apteczne, ale jedne z nich trzeba było brać o wschodzie słońca na rozstajnych drogach (szło o to, aby przed jedzeniem), inne przechowywać »pod nogą łóżka w ziemi od północnej strony« (lekarstwo wymagało trzymania w cieniu i chłodku) itd."[2].

Czasem postępowanie jest bardziej wymyślne i obliczone na większą skalę. Amerykański chirurg W.A. Nolen pracował w ubogim szpitalu, w którym wiecznie brakowało krwi do transfuzji. I oto na jaki wpadli tam pomysł:

> „Opowiadaliśmy czasem rodzinom chorych bardzo oryginalne i wymyślne historie.
>
> – Wiecie, ojciec musi natychmiast otrzymać krew – oznajmił kiedyś jeden z moich współstażystów dużej rodzinie. – Jeżeli wy wszyscy nie oddacie krwi, będziemy zmuszeni przetoczyć mu krew psa, a to nie zawsze wychodzi choremu na zdrowie. Zbyteczne jest chyba dodawać, że cała rodzina poderwała się natychmiast i tłumnie ruszyła do Banku Krwi.
>
> Subtelniejszym podejściem było po prostu stać w nogach łóżka, kiwać głową z rozpaczą na twarzy, i patrząc na kroplówkę przejrzystego jak kryształ roztworu glukozy mruczeć:
>
> – Gdyby to była krew... – należało tylko mówić to dość głośno, żeby usłyszała rodzina. Dyskusja, która się potem wywiązywała, wystarczała zazwyczaj do uzyskania co najmniej pół litra krwi"[3].

Bywały wszakże wpadki, ale i z tymi sobie radzono. Co do uczciwości takiego postępowania, sam autor miał niejakie wątpliwości. Ale jaki miał wybór?

> „Kiedy miałem takiego chorego, jak pan Price, który był najwyraźniej niespełna zmysłów, ale równie oczywiście wymagał operacji z powodu raka, krwotoku czy innej poważnej przyczyny, podchodziłem do jego łóżka wraz ze stażystą i mówiłem:
> – Proszę pana, pan ma krwotok, więc chcemy wyciąć panu żołądek, jeżeli pan się na to zgadza. Czy wyraża pan zgodę?
> Osiemdziesięcioześcioletni pan Price przeżywał drugie dzieciństwo. Równie dobrze mogłem mówić do ściany. Dawałem panu Price 10 lub 15 sekund do namysłu, żeby być w porządku, a potem mówiłem:
> – Ponieważ nie ma pan żadnych zastrzeżeń, zechce pan podpisać ten kawałek papieru. Naturalnie i na to nie było odpowiedzi. Następnie unosiłem rękę pana Price i mówiłem: Niech mi pan pozwoli sobie pomóc. Potem wkładałem w rękę pióro i poruszałem nią, aż w końcu uzyskaliśmy literę X. Ja podpisywałem się jako świadek tego podpisu, stażysta jako drugi i już można było przewieźć pana Price na salę operacyjną.
> Może to nie było stuprocentowo legalnie, ale oszczędzało wiele czasu, a czasami ratowało życie”[4].

Jeśli przyjrzeć się tym przykładom i dodać do nich niektóre przesądy, które wcale głupie nie były, to może okazać się, że chytrość i podstęp, albo raczej przebiegłość, niejedno ma imię, i obok zdecydowanie, słownikowo, jednoznacznie negatywnej oceny, może być niejednokrotnie cechą pozytywną. W medycynie również. Kryterium: dobro chorego.

4. Asklepiony

Początek kultu Asklepiosa powstał w Epidauros i datuje się na rok 500 przed Chr. Stamtąd rozszerzył się na cały świat starogrecki, a później i rzymski. W sumie doliczono się 320 asklepionów. Dość późno, bo po roku 360 przed Chr., powstał ośrodek kultu na wyspie Kos, który wszakże miał wydać największego lekarza starożytności – Hipokratesa[5].

Miejsce kultu stawało się zarazem centrum pielgrzymek ludzi chorych, szukających pomocy u kapłanów Asklepiosa. Zwali się asklepiadami, ponieważ uważali się nie tylko za uczniów, ale i za potomków Asklepiosa. Kapłani ci nie żyli w celibacie, mieli zatem potomstwo, które z czasem przejmowało ich rolę. Miało to swoje strony ujemne, warunkowało bowiem kastowość. Tam gdzie wśród kapłanów obowiązuje celibat, większe szanse na przebicie mają jednostki spoza klanu, nawet z najuboższych warstw społecznych. Stroną dodatnią z kolei był fakt, że młodzi ludzie wychowywali się wśród chorych i dla chorych; przejmowali doświadczenie swych ojców i wzbogacali je własnym.

Asklepiony były budowane w miejscach nieprzypadkowych. Centrum stanowiła, rzecz jasna, świątynia. W jej ciemnym wnętrzu wznosił się złocisty posąg bóstwa. Przed nim, ale na zewnątrz, składano ofiary. Obok znajdował się budynek zwany tolosem; stanowi on do dziś archeologiczną zagadkę. Daleko większe znaczenie miał abaton. To tu chorzy układali się do snu, a nie był to zwykły sen, lecz wróżebny, zwany inkubacją. Chory opowiadał kapłanom przebieg snu, a oni wyprowadzali wnioski co do leczenia. Choroba była rozumiana jako kara za grzech, należało zatem ustalić jej przyczynę. Bywało, że samo bóstwo przychodziło podczas snu i uzdrawiało. Ozdrowieńcy zostawiali świadectwa

swej choroby i swego uzdrowienia w formie pisemnej lub w formie plastycznej; zachowały się przedstawienia chorego narządu lub zmian chorobowych, tzw. *ex voto* (co w chrześcijaństwie przetrwało do dziś w postaci wotów dziękczynnych). Również sen świątynny znany był w chrześcijaństwie w miejscach szczególnego kultu religijnego. Ten sen uprawiany w świątyniach Asklepiosa wykpił Arystofanes w komedii *Plutos* i długo trzeba było czekać, aby w naszych już czasach Zygmunt Freud stworzył teorię snów, jako pierwszą próbę naukowego wyjaśnienia tego zjawiska.

Pobyt chorego w asklepionie zaczynał się od bardzo istotnego momentu: chory poddawał się oczyszczeniu za pomocą wody czerpanej ze świętego źródła; zewnętrzne oczyszczenie miało charakter *chatarsis*, czyli oczyszczenia wewnętrznego. Był to wstęp do jakiegokolwiek działania lekarskiego. Przeszedł on do chrześcijaństwa; dziś mało kto uświadamia sobie, do czego służy kropielnica w przedsionkach kościoła i nieświadomie patrzy, jak kapłan umywa przy ołtarzu ręce, odmawiając zarazem fragment Psalmu 26 (6):

Lavabo inter innocentes manus meas
Et circumdabo altare Tuum Domine.

Umywam moje ręce na znak niewinności
i obchodzę Twój ołtarz, Panie.

Od pierwszego słowa: *lavabo* poszła nazwa na ozdobne, marmurowe, zwłaszcza w epoce baroku pięknie ozdabiane umywalnie, znajdujące się jeszcze w starych zakrystiach.

Ta potrzeba oczyszczenia tkwi głęboko w człowieku. Również we współczesnym człowieku. Wyraża się w różnej formie. Chrześcijanin znajduje ją w sakramencie pojednania,

intelektualista sięga po pióro, ksiądz, który porzucił kapłaństwo, pisze książkę, prymitywny zbrodniarz, bywa, oddaje na miejscu zbrodni mocz lub kał. W kryminalistyce jest to rzecz znana. W Austrii zdarzyło się, że użył przy tym gazety, którą prenumerował. Dzięki adresowi policja pobiła swoisty rekord czasu pomiędzy odkryciem zbrodni a schwytaniem przestępcy.

Higiena, stanowiąca dzisiaj część medycyny, tutaj właśnie – w świątyni, a nie w medycynie starożytnej ma swe źródło.

Jako ofiarę, która miała zjednać przychylność bóstwa, składano koguta. Stąd jego wizerunek tak często występuje przy Asklepiosie.

Pindar zapisał: „Asklepios leczył słowem, elementami i nożem", czyli innymi słowy: psychoterapią, lekami i zabiegami chirurgicznymi. Asklepiony, jak już wspomnieliśmy, nie były budowane w przypadkowych miejscach. Musiała być dostępna woda (często mineralna) do obmyć rytualnych i do hydroterapii. Rozległe gaje sprzyjały ćwiczeniom fizycznym, poczynając od spacerów, po jazdę konną, polowania i wreszcie uprawianie sportów na stadionach. Leczenie łączono z potrzebą wewnętrznej przemiany, dlatego stosowano śpiew, recytacje utworów poetyckich i komedie grane w amfiteatrze. W Epidauros istnieje on do teraz i zadziwia swoją akustyką: szept na scenie jest słyszalny w ostatnich rzędach. Czy stosowane dziś leczenie muzyką i śmiechem nie ma tu swego początku?

W świątyniach Asklepiosa znamienitą rolę spełniały węże, będące symbolem boga-uzdrowiciela. Chorych napawały trwogą, ale też przynosiły ulgę, liżąc ich rany ze skutkiem terapeutycznym. Węże wychodzące spod ziemi robiły wrażenie istot z innego

świata. W gruncie rzeczy były traktowane jako zwierzęta domowe, jak przed wojną w Polsce na Wileńszczyźnie; oswojonymi wężami, które dokarmiano mlekiem, bawiły się dzieci. Ciekawe zjawisko występujące w Grecji w czasach nam całkiem bliskich opisał nowogrecki autor (D. Loucatos). Otóż w dniu Wniebowzięcia NMP (15 sierpnia), gdy wyruszała procesja przy śpiewach liturgicznych i biciu dzwonów,

> „[...] węże nie przestawały ciągle wynurzać się z jaru, aby wpełznąć masowo na tron kościelny i na ikony. W ciągu nocy, a jeszcze bardziej nad ranem wypełniają kościół, aż wreszcie pokrywają ołtarze jako też Ewangelię. [...] Ludzie ani węże nie mają wcale obawy przed sobą, bo uważa się węże całkiem widocznie za błogosławione, a nawet oswojone przez Najświętszą Pannę. Co więcej, oczekuje się ich zjawienia tak, jak zjawienia pierwszych kwiatów, w szczególności maków na wiosnę. [...] W ten sposób i w takiej postaci węże nadal biorą udział w kulcie i mają swoje prawa, nawet jeśli na jesień i zimę powrócą do swego jaru".

Stanisław Vincenz, który to świadectwo naocznego świadka przekazuje, uzupełnia od siebie:

> „[...] i tutaj nie obywa się bez pewnego momentu oczyszczenia, bo w tym dniu zjawiają się w cerkwiach przeróżni chorzy, rzekomo opętani, w każdym razie wśród krzyków i wołań o pomoc, i tutaj zarówno gorące modlitwy nabożnych, jako też śpiewy, obecność węży i cały przedziwny nastrój wraz z potężną grą dzwonów, mają znaczenie wyzwalające i lecząc[6]e".

Dokończmy jednak dzieje samego Asklepiosa, by czytelnik, nie znajdując go już na ziemi, mógł wypatrzyć na niebie. Jak się tam znalazł? Asklepios doszedł do takiej wprawy w leczeniu, że nie tylko umierających przywracał do życia, ale również zmarłych i to

tych, którzy już trafili do Hadesu. Pluton, władca podziemi, zainteresowany stanem liczebnym swego królestwa, poskarżył się Zeusowi. Władca Olimpu zaniepokojony zakłócaniem porządku świata strzelił w Asklepiosa piorunem i zabił go. Apollo zawrzał gniewem i wybił strzałami cyklopów. Skazał go za to Zeus na rok niewolniczej pracy u króla Admeta w Tesalii. Znalazło to wyraz w tragedii Eurypidesa *Alcesta*. W tłumaczeniu Jana Kochanowskiego żali się Apollo we fragmencie „Prologu":

> „Admetów domie, gdziem ja, chociam bogiem,
> Skosztować musiał służebnego stoła:
> Przyczyną tego Jupiter, który mi
> Syna piorunem zabił prędkolotnym
> Za którym gniewem pobiłem cyklopy".

Po latach dopiero cała awantura skończyła się tym, że przebłagany Zeus deifikował Asklepiosa i wraz z jego wężem umieścił na niebie. Dlatego w bezchmurną noc możemy oglądać go w konstelacji gwiazd Wężownika.

I na tym można by rzecz zakończyć, by nie przynieść ujmy idealnemu lekarzowi wszechczasów, gdyby nie pewna opinia pochodząca z nie byle jakiego źródła. Oto co czytamy w *Państwie* Platona:

> „Chociaż nie wierzą nam tragicy i Pindar i mówią, że Asklepios był wprawdzie synem Apollona, ale pod wpływem argumentów brzęczących zaczął leczyć człowieka bogatego, który już był śmiertelnie chory. Za to go piorun zabił. Ale my [...] nie wierzymy ani w jedno, ani w drugie. Bo jeżeli był synem boga, powiemy, to nie był chciwy na brudny zysk. A jeżeli był chciwy na brudny zysk, to nie był synem boga"[7].

I tak pozostało do dziś. Lekarz, gdy mu się nic nie należy, jest synem boga, a gdy mu się należy, wtedy nie jest synem boga. I jak

wybrnąć z tej kołomyjki?

5. Peregrynacje lekarzy

Na młodych adeptach sztuki leczniczej, po ukończeniu nauki w macierzystym asklepionie, spoczywał obowiązek przejścia przeszkolenia w kilku innych, zazwyczaj odległych ośrodkach. Zaobserwowano, że w różnych krajach występują endemicznie choroby, gdzie indziej nieznane lub rzadko spotykane; tam też najlepiej jest opanowana sztuka ich leczenia. Przykładem może być wspomniana już jaglica, do niedawna nazywana egipskim zapaleniem oczu, co wskazywało na miejsce jej częstego występowania.

Ten zwyczaj wędrowania lekarzy (*mos peregrinandi*) celem uzupełnienia podstawowego wykształcenia zawodowego, który swymi początkami sięga starożytności, *mutatis mutandis* istnieje do dziś. Antyczni lekarze wędrowali do Egiptu, lekarze rzymscy do Grecji. W okresie renesansu adepci sztuki lekarskiej z całej Europy, w tym również z Polski, przybywali do uniwersytetów włoskich (Padwa) na naukę. W XVII i XVIII wieku wielkie odkrycia pociągały medyków do krajów Europy Zachodniej (Lejda), dla poznania nowych osiągnięć naukowych i wybitnych uczonych. Ich sale wykładowe napełniały się tłumami słuchaczy. Co z tego zostało?

W 1822 roku ukazała się w Krakowie rozprawa doktorska Antoniego Dużeńskiego *De peregrinationibus medicorum*, pisana

ówczesnym zwyczajem po łacinie[8]. Ale w tym przypadku jest to łacina więcej niż szkolna, a rozprawa zawiera cenne spostrzeżenia, przekraczające doświadczenie młodego dyplomanta. Wolno dopatrywać się współudziału promotora, którym był prof. Maciej Józef Brodowicz. Rozprawa ta, od której dzieli nas już prawie dwieście lat, umożliwia konfrontację naszego spojrzenia z tamtym spojrzeniem.

Dużeński, uznając, że peregrynacje są starym i popularnym zwyczajem, widział trzy cele uzasadniające potrzebę wędrowania lekarzy: uzupełnienie wiedzy „domowej", poznawanie nowych dziedzin i, dodajmy, nowych sposobów leczenia oraz poznawanie znakomitości świata nauki.

Był czas, że wędrowanie, wobec braku sztuki typograficznej, było jedynym sposobem zdobywania wiedzy – powiedzmy – „książkowej". Istniały co prawda rękopisy, ale było ich niewiele i jakże były drogie.

Tradycja wędrowania potwierdzona była przekonaniem, że im dłużej lekarz wędruje, tym bardziej wzbogaca swoje doświadczenie; to dobrze świadczyło o jego przygotowaniu zawodowym. W Niemczech, gdzie obowiązywał rzemieślników zwyczaj wędrowania i szkolenia się u coraz to innych mistrzów (tzw. *Meisterwanderungen*), w XIX wieku lekarze po ukończeniu studiów byli zobowiązani jeszcze przez trzy lata przenosić się do różnych ośrodków naukowych i klinicznych w celu zebrania doświadczenia. To twierdzenie potwierdza Dużeński zdaniem Owidiusza o Odysie: *Si minus errasset, minus notus esset Ulysses* (Gdyby Ulisses mniej błądził, mniej byłby znany). Również świadectwa uczonych mężów – zdaniem Dużeńskiego –

przemawiają za potrzebą wędrowania, którego wartość jest nadal aktualna. Dziś ujednolicony w całych Niemczech program studiów medycznych umożliwia studentom zmianę uczelni co semestr, z czego chętnie korzystają.

Celowość peregrynacji potwierdził całe wieki później Paracelsus: „Jeśli ktoś chce poznać wiele chorób, niech wędruje. Jeśli wędruje daleko, doświadcza wiele i wiele się uczy". Sam poświadczył to swoim życiem; wędrował dużo, aż do śmierci.

Czasy się zmieniły i zmieniać będą, ale przypatrzmy się wnioskom Dużeńskiego, aby porównać je z naszą opinią.

Mimo najlepszego przygotowania, jakie można uzyskać w kraju, mimo rozwiniętej sztuki drukarskiej, nic nie zastąpi bezpośredniej konfrontacji naocznej. *Nil esse in intellectu, quod non fuit antea in sensu* (Nie ma niczego w świadomości ludzkiej, czego by nie było wcześniej w doznaniu zmysłowym) – dodaje Dużeński za Arystotelesem. Nie ma co prawda sensu podróżować dla zdobycia wiedzy teoretycznej, skoro można ją zdobyć na miejscu, ale na miejscu nie można zdobyć doświadczenia (*experientia medica*). Są bowiem choroby powszechnie znane w całym świecie, ale są i takie, które występują wyłącznie w jakimś kraju i tam też znają sposoby ich leczenia. Tak twierdził jeszcze w XIX wieku Dużeński. Dziś raczej nie chodzi o rzadkie choroby, lecz o sposoby diagnozowania i leczenia stosowane przez niektóre szkoły lekarskie. Tylko w bezpośredniej konfrontacji można je krytycznie ocenić.

Wysyłać jednak trzeba ludzi należycie do tego przygotowanych. *Patet igitur ex omnibus, peregrinationes non instruere nisi medicos jam instructos, cum hi soli, uti recte observare, discutere, et judicare*

de rebus valeant. Medycy wyjeżdżający muszą zatem znać język kraju, do którego jadą. Muszą też mieć ustalony cel swego podróżowania, odpowiednio dobrać miejsce i dostatecznie długi czas przeznaczyć na naukę. To zapewni im pożytek ze studiów zagranicznych. Bywają bowiem i tacy, którzy głupszymi powrócili niż wyjechali. Analogii do współczesności wiele.

Znamienne jest podkreślanie celowości peregrynacji dla poznania wybitnych osób. W czasach, w których dydaktyka przepełniona jest środkami audiowizualnymi oraz kartkówkami zamiast kolokwiami, testami zamiast egzaminami, na dalszy plan schodzi osoba nauczyciela i jego indywidualność. Zwłaszcza w medycynie musi to wydać cierpkie owoce. Relację mistrza do ucznia zawsze sobie wysoko ceniono, obok faktycznej, potwierdzonej dyplomami wiedzy uniwersyteckiej. Stąd brały się w Odrodzeniu kosztowne przecież wędrówki naszych scholarów – medyków i nie tylko medyków, ale też humanistów. Podróżowali nie tylko młodzi, chcący po powrocie związać swe życie z uniwersytetem, kancelarią królewską czy z dworem biskupim, ale i ludzie o ustabilizowanej pozycji majątkowej, doceniający wartość bezpośredniego kontaktu, wpływu wychowawczego czy wręcz poznania sposobu myślenia wybitnych ludzi. Tej potrzeby brakuje naszym czasom.

Ale peregrynacje lekarzy nie ustały. G. Baissette, nawiązując do wędrówek starożytnych lekarzy, pisze:

> „Już wówczas było podobnie jak dzisiaj. Także my, nowożytni lekarze nie mamy często »przysiadu«, jeździmy na kongresy i podejmujemy wyjazdy naukowe. Lekarz musi się stale kształcić. Ale od czasu do czasu ogarnia go potrzeba porzucenia, przynajmniej na kilka dni, presji i szarzyzny codziennej praktyki”[9].

Baissette ma tu na myśli kongresy, które umożliwiają dość szybkie zorientowanie się, co się w danej dziedzinie dzieje i nad czym się w innych ośrodkach pracuje, ale stanowią też doskonałą okazję do nawiązania znajomości, co nie jest bez znaczenia. Poza tym istnieją stypendia naukowe, które pozwalają na zapoznanie się z metodami pracy laboratoryjnej i sposobami leczenia, u nas jeszcze nieznanymi lub nieupowszechnionymi. Istotne jest jednak, by wyszkolony pracownik mógł zdobyte doświadczenie przenieść na grunt ojczysty, co nie zawsze jest możliwe, często bowiem jest uzależnione od nowoczesnej aparatury. Lekarze dawnych wieków tego problemu nie znali.

Młodzi medycy też jeżdżą, chociaż nie nauczyli się jeszcze tego wszystkiego, czego mogli się nauczyć w kraju. Ale oni wyjeżdżają zwiedzać świat, wykorzystać znajomość języka, nawiązać towarzyskie kontakty, i – wzorem renesansowych peregrynacji – dla nabrania ogłady. Tak przynajmniej wygląda to w założeniu. Istnieje jednak taka sama obawa, jak dawniej: czy natrafią na dobre wzory i czy te wzory ich pociągną.

6. Hipokrates

Najwybitniejszym z asklepiadów był Hipokrates (460–377 r. przed Chr.), który przez długie lata przebywał na wyspie Kos w pobliżu Małej Azji, stąd bywa zwany Hipokratesem z Kos. Jego ogromną zasługą jest zerwanie z supranaturalizmem, czyli

z nadprzyrodzonym tłumaczeniem przyczyn chorób, czego nie należy naiwnie rozumieć, jakoby miał być ateistą. Po prostu zaczął ich szukać w przyczynach naturalnych. Szumowski tak to określa:

> „Medycyna Hipokratesa jest racjonalno-empiryczna ze znaczną przewagą empiryzmu. Jest przede wszystkim sztuką, tak jak była w ogóle sztuką do tej pory; tutaj po raz pierwszy zaczyna być i nauką, wprawdzie młodą, nie wolną od spekulacji, nie popartą jeszcze eksperymentem, ale jednak niewątpliwie nauką, opartą na indukcji, na wielkim materiale, wymagającą ścisłego spostrzegania i bardzo systematyczną”[10].

Jego empiryzm pochodził z rozległego doświadczenia wyniesionego ze świątyni Asklepiosa, w której pobierał nauki, z podróży, które odbywał po różnych ośrodkach wiedzy lekarskiej, wreszcie z własnego, niezwykle bogatego doświadczenia. Racjonalizm jego medycyny polegał na przyjęciu teorii tłumaczącej czym jest zdrowie, a czym choroba, zwanej teorią humoralną. Rozumowanie było u Hipokratesa podbudowane nadzwyczaj szczegółową obserwacją chorego: jego wyglądem, ułożeniem, wiekiem, ciepłotą ciała, wyglądem moczu i kału. Potwierdzają to opisane przez niego objawy: słyszalne tarcie opłucnowe po zejściu zapalenia płuc i pluskanie w jamie opłucnowej, gdy dostanie się tam powietrze; to ostatnie do dziś nosi nazwę *succusio Hippocratis*.

Istnieje jeszcze określenie: *facies Hippocratica* (twarz Hipokratesa; wskazuje na zbliżającą się śmierć) obserwowana w stanach krańcowego odwodnienia (wstrząs oligowolemiczny): „Nos zaostrzony, oczy wpadnięte, skronie wklęsłe, uszy zimne, skurczone i odwinięte, skóra wokoło czoła twarda, napięta i sucha albo ołowiana”.

I przypadek

Objawy	**Rozpoznanie**
Kobieta z ropnym zapaleniem gardła, która mieszka z Aristionem. Jej dolegliwości zaczęły się od języka;	podejrzenie dyfterii
głos nieartykułowany, język czerwony i suchy.	trudności w mowie
1. dzień: miała dreszcze potem dostała gorączkę;	
3. dzień: zesztywnienie, ostra gorączka, jest ona czerwona i ociężała;	
opuchnięta z obu stron od karku i piersi; kończyny zimne i sine;	zejście procesu septycznego na kark i klatkę piersiową;
oddech pogłębiony; picie powraca przez nos, nie może przełykać; ruchy jelit i pęcherza zniesione;	porażenie mięśni podniebienia miękkiego
4. dzień: pogorszenie wszystkich objawów;	
5. dzień: zmarła.	

II przypadek

Bezdomny Philescos miał przez cały czas trwania gorączki oddech „jak osoby, która sobie przypomina". Przypuszczalnie był to oddech Cheyne-Stokesa opisany w 1846 roku w przypadkach guzów mózgu, chorób nerek w nadciśnieniu tętniczym, zapaleniu płuc.

Odtąd obserwacja chorego będzie należała do jednych z głównych zadań lekarza, a kształcenie zmysłu obserwacji do jednego z naczelnych elementów w procesie kształcenia uczniów. Z czasem medycyna zatraci obserwację chorego na rzecz spekulacji. I, po wiekach, w czasach już nowożytnych, odrodzi się od tego właśnie, jakże istotnego elementu diagnozowania, jakim jest postrzeganie objawów choroby. Klinicyści dojdą do fenomenalnej wręcz biegłości w ustalaniu diagnozy na podstawie obserwacji. Już samo ułożenie chorego może być wskazówką prowadzącą do ustalenia diagnozy. Z pokolenia na pokolenie opowiada się o nadzwyczajnych zdolnościach starych mistrzów

medycyny w stawianiu rozpoznania na pierwszy rzut oka (Niemcy nazywają to *Strassendiagnose*). Istnieje niebezpieczeństwo, że wobec tylu nowoczesnych metod diagnostycznych lekarze zatracą zmysł obserwacji. Będzie to nieszczęściem dla medycyny.

Ale bywa też inaczej. Lekarz praktyk Romuald J. Kopiński pisał:

> „W 1953 r. na zebraniu lekarskim przedstawiłem kolegom informację o możliwości przedawkowania i zatrucia witaminą D2. Dokumentowałem to faktem, że trzech lekarzy podało dziecku choremu na krzywicę uderzeniową dawkę tej witaminy, tj. 3xa' 6 000 000 j.m., a w Klinice Dziecięcej w Krakowie rozpoznano chorobę Heinego-Mediny (wówczas trwała epidemia). Dopiero po kilku latach znany francuski pediatra, brat ówczesnego prezydenta Francji, opisał i udokumentował zatrucie witaminą D2, która doprowadza do zaburzenia gospodarki fosforowo-wapniowej, powodując porażenie mięśni kręgosłupa i obu obręczy".

I jeszcze inne spostrzeżenie tego samego lekarza:

> „Przypominam sobie pacjenta, u którego bardzo silny ból lewego ucha zwiastował zawał mięśnia sercowego. Po 15 latach jego syn, mając identyczny objaw bólowy, zmarł na zawał mięśnia sercowego potwierdzony sekcyjnie. Dopiero po kilku latach prof. Kędra w »Przeglądzie Kardiologicznym« opisał ten objaw"[11].

Astronomowie przekazują swe spostrzeżenia z obserwacji nieba (zwłaszcza odkrycia komet) do centrali w Holandii, aby „zaklepać" pierwszeństwo odkrycia. Lekarze nie mają bazy dla swych spostrzeżeń, dlatego nie są one wykorzystywane. A szkoda! Z obserwacji i spostrzeżeń rodzą się hipotezy, a z nich teorie, które warunkują rozwój medycyny jako nauki.

7. Teoria humoralna

Co tworzy świat? – pytali Grecy. Zdaniem różnych filozofów albo woda, albo powietrze, albo ogień. Empedokles dodał jeszcze ziemię i orzekł, że wszystkie te cztery elementy tworzą naszą rzeczywistość. Elementy zwano też żywiołami, pierwiastkami, korzeniami wszechrzeczy. Wszystko, co nas otacza, jest mieszaniną drobin, niejako cząsteczek chemicznych tych czterech żywiołów. I to rozumowanie przetrwało niemal do progu XIX wieku.

> „Korzenie raczej wskazują na charakter istoty danej substancji, aniżeli mówią, co to jest konkretna substancja: powietrze obejmuje wszystko to, co jest w stanie gazowym (zatem również to, co jest »lekkie«), ziemia to, co jest zbite i nieprzenikliwe, woda wszystko to, co przynajmniej w teorii może zamienić się w płyn, nawet metale, których topliwość tłumaczy się tym, że zawierają w sobie żywioł (niewidzialny) wody. Mgła i para wodna są przejawami powietrza, lód – ziemi”[12].

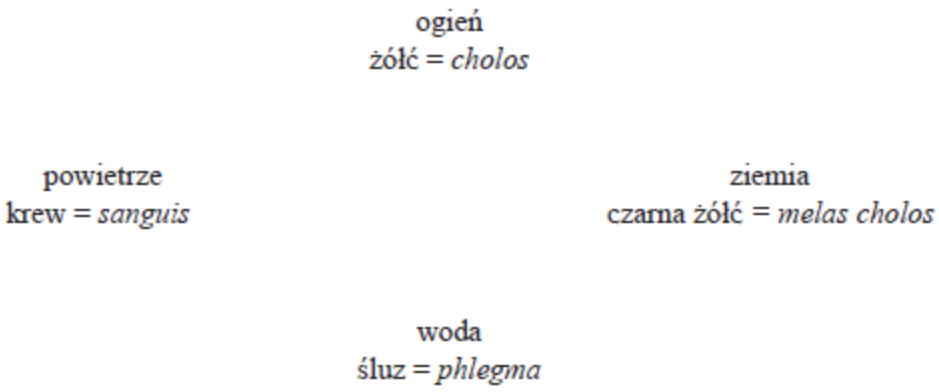
W sztuce chrześcijańskiej korzystano z tego wyobrażenia i przedstawiano, jak Bóg stwarza świat, łącząc cztery żywioły. Widać to na starych drzeworytach, a najdoskonalej przedstawił to Stanisław Wyspiański w witrażu „Stworzenie”, nad chórem w kościele franciszkanów w Krakowie; to wynik jego zainteresowania antykiem. W konsekwencji, w prezbiterium tegoż kościoła umieścił cztery witraże, obrazujące cztery żywioły

Pomiędzy wszechświatem a człowiekiem istnieje wyraźna analogia; człowiek jest światem w miniaturze, a wszechświat jest podobny do człowieka – mikrokosmos i makrokosmos. Ta teoria identyczności przetrwała aż po XVII wiek i miała swoje konsekwencje w medycynie.

Na tym tle staje się zrozumiała teoria humoralna. Czy powstała przed Hipokratesem, czy została później uzupełniona? Ważne jest,

jak wyglądała, ponieważ obowiązywała przez całe tysiąclecia.

Odpowiednikiem czterech żywiołów istniejących w przyrodzie są w organizmie człowieka cztery ciecze, czyli humory: krew, żółć (żółta), czarna żółć i śluz. Każda z tych cieczy ma swe powinowactwo do elementów: krew do powietrza, żółć do ognia, czarna żółć do ziemi, śluz do wody. Przyjmuje to taki układ:



Stan równowagi pomiędzy nimi warunkuje zdrowie; choroba jest wynikiem zaburzonej równowagi. Którejś z cieczy jest wtedy nadmiar. Być może do takiego rozumowania skłoniła ówczesnych lekarzy prosta obserwacja, dostępna i nam: w wyniku zatrucia pokarmowego następują wymioty lub biegunka – po czym organizm wraca do zdrowia; przeziębienie, stany gorączkowe kończą się potami – potem choroba ustępuje; cieknący śluz z nosa od greckiego słowa *katareij*, do dziś nosi nazwę kataru. Wyobrażano zatem sobie, że równowaga humorów, zwana *eukrasią*, pod wpływem jakichś czynników zostaje zaburzona i zjawia się choroba, co nazywano *diskrasią*; zanim organizm powróci znowu do pierwotnego stanu, czyli *eukrasii*, występuje przesilenie choroby – *krisis*, co wiąże się zazwyczaj z wydalaniem.

Słowo „kryzys”, tak powszechnie dziś używane, stąd właśnie wzięło swą nazwę. Nie miało ono wtedy znaczenia negatywnego; odwrotnie, oznaczało przesilenie, po którym organizm powracał do zdrowia.

8. Leczenie

Lecząc chorego, należy wziąć pod uwagę przede wszystkim działanie samej natury, która dąży do przywrócenia równowagi. A lekarz? Cokolwiek będzie robił, jakiekolwiek środki zastosuje, niech pamięta: przede wszystkim nie przeszkadzać naturze w jej działaniu. Jest to powszechnie znane łacińskie:

Primum non nocere
Po pierwsze nie szkodzić.

Ta zasada pojawia się w różnym kontekście i różne może mieć znaczenie, ale jej pierwotne znaczenie odnosi się do natury i do tego, aby nie przeszkadzać jej w działaniu.

Czy natura zawsze daje sobie radę? Oczywiście, nie! Niepotrzebna byłaby wtedy chirurgia. Ale zważmy, co robi chirurg w przypadku najprostszego zranienia: wykonuje tzw. toaletę rany, usuwa zanieczyszczenia, gdy zachodzi potrzeba – usuwa nekrotyczne tkanki, zszywa ranę, etc. To wszystko bardzo przyśpiesza gojenie, ale sam proces gojenia należy już do natury.

Podobnie w złamaniach i wielu innych przypadkach. Stąd zrodziła się kolejna obserwacja:

Natura sanat, medicus curat morbos
Leczy natura, lekarz sprawuje pieczę nad chorym.

Wszyscy lekarze interniści doświadczają słuszności tej tezy, gdy nie są w stanie, choćby przy zwyczajnej grypie, zadziałać na czynnik chorobotwórczy, a silą się jedynie na wzmocnienie sił odpornościowych ustroju i stworzenie optymalnych warunków, w których organizm sam wróci do zdrowia. Być może stąd wzięła się teza:

Medicus minister naturae, non magister
Lekarz sługą natury, nie nauczycielem.

Wszyscy ci, którzy teraz chorują, i wszyscy ci, którzy kiedykolwiek chorować będą, czyli my wszyscy, powinniśmy tę tezę wziąć sobie do serca. Lekarz zna lepiej niż inni pewne prawa przyrody, które wykorzystuje dla dobra chorego, ale nie jest panem przyrody i Pana Boga nie zastąpi. Tę mądrość powinniśmy nieustannie przekazywać społeczeństwu. Większość ludzi (w tym również lekarze) postępuje wbrew wszelkiemu rozsądkowi: pije, pali, nie zażywa ruchu, objada się, a gdy dojdzie do choroby, skupia swe pretensje na lekarzu i jego bezsilności.

Znajomość środków leczniczych to prawdę mówiąc znajomość reakcji poszczególnych tkanek i narządów na ich działanie. Lekarz ówczesny znał już kilkaset środków, głównie roślinnych, ale także zwierzęcych i mineralnych. Ponadto zalecał stosowanie takich

zabiegów, jak: kąpiele, nacieranie, puszczanie krwi i odpowiednie pokarmy. To wszystko nazywano *dietą*, która była jednym z podstawowych sposobów leczenia. E. Wipszycka przetłumaczyła odnośny fragment przysięgi Hipokratesa następująco:

> „Zalecenia dietetyczne stosować będę dla pożytku chorych, wedle sił moich i rozsądku. Nie będę natomiast ich stosować po to, by wyrządzić im krzywdę i szkodę".

I uzupełnia komentarzem: „»Zalecenia dietetyczne«, o których jest mowa, regulujące cały tryb życia: kąpiele, ruch na świeżym powietrzu, uprawianie postu, ubranie itp. są przeciwstawne »lekarstwom«, po grecku *pharmaca*"[13].

Stosowany lek miał cechy przeciwstawne w stosunku do objawów choroby, co później sformułowano jako zasadę:

Contraria contrariis curantur
Przeciwne leczymy przeciwnym.

Dobrze rozwinęła się chirurgia. Ustawiano złamania (stosowano wyciągi), nakłuwano klatkę piersiową i jamę brzuszną, zakładano opatrunki, czasem tak skomplikowane jak opatrunek na głowę: *mitra Hippocratis*, nacinano ropnie, wypalano zmiany nowotworowe. Główne zasady leczenia zawarto w tezie:

Quae medicamenta non sanant,	Czego nie leczą leki,
ferrum sanat.	leczy żelazo (czyli nóż chirurga).
Quae ferrum non sanat,	Czego nie leczy żelazo,
ignis sanat.	leczy ogień (czyli żegadło).
Quae vero ignis non sanat,	Czego ogień nie leczy,
insanabilia repurtare oportet.	należy uznać za nieuleczalne.

Tej greckiej tezie, spopularyzowanej w łacińskim przekładzie, nie brakuje aktualności. Wystarczy się przypatrzeć oczekiwaniom internistów i radykalnym ocenom chirurgów, by uwierzyć, że tam, gdzie leki nie przynoszą spodziewanego rezultatu, jedynym wyjściem jest nóż chirurga. Ponieważ nie zawsze jest możliwe użycie noża chirurgicznego, pojawiły się nowe metody: kriochirurgia, chirurgia laserowa i elektrochirurgia, w której stosuje się wypalanie, czyli kauteryzację, jako jeden z nadal aktualnych sposobów postępowania.

Gdy zawodzą dostępne środki działania, zarówno dawniej, jak i dziś, lekarz pozostaje bezradny; jest to jego przegrana w walce z chorobą.

9. Corpus Hippocraticum

W spuściźnie po Hipokratesie pozostało kilka dzieł: *Aforyzmy*, *Prognozy koskie*, *O klimatach, wodach i miejscach* i najbardziej znana *Przysięga* zebrane razem pod nazwą *Corpus Hippocraticum*. Czy są to pisma Hipokratesa, czy jego uczniów? Sam mistrz nie napisał żadnego dzieła, wszystkie zostały spisane po jego śmierci. Emil Littré, francuski lekarz, który poświęcił 27 lat życia na zbieranie, krytyczną ocenę i komentowanie dzieł Hipokratesa, na początku X, ostatniego tomu napisał: „Rozpocząłem to dzieło jako młody człowiek, a ukończyłem na starość". Był rok 1861. I wtedy ujawnił się problem autorstwa, bo pisma te nie mogły wyjść spod

jednego pióra, ponieważ różnią się charakterem, a czasem nawet są z sobą sprzeczne. Prawdopodobnie w bibliotece aleksandryjskiej zostały skatalogowane pod wspólnym tytułem i tak już zostało. W rzeczywistości pochodzą z różnych szkół i od różnych autorów. W średniowieczu, gdy handlowano rękopisami, autorytet mistrza z Kos podnosił cenę. To sprzyjało oszustwom. Ustalanie autentyczności utrudnia brak prawa autorskiego, które wówczas nie istniało. Dziś, w dobie wyścigu odkryć i mnożenia publikacji, rzecz nie do pomyślenia. Z niektórymi pismami Hipokratesa było tak, jak z apokryfami. O ich powstawaniu i o epoce, w której powstawały, pisał M. Starowieyski:

> „Otóż w starożytności chrześcijańskiej i żydowskiej, a także klasycznej, nie istniało prawo do nazwiska (czy imienia) i podpisywanie utworu imieniem jakiejś sławnej osoby było powszechną praktyką i tylko zwiększało autorytet danego dzieła".

Jeszcze w XVIII wieku J.S. Bach przerobił koncert Vivaldiego na cztery fortepiany i nikt go o plagiat nie posądzał. W drugiej połowie XIX wieku prof. Alfred Obaliński operował, a jego asystent opisywał i publikował. Dla profesora dorobek naukowy nie zamykał się w liczbie tytułów. Dziś jest inaczej. Ale czy słusznie?

To, co mówimy o „pismach" Hipokratesa, dotyczy również jego *Przysięgi*. Natomiast wystarczy pamiętać, że wszystko to, co przypisuje się Hipokratesowi, należy raczej odnieść do jego myśli obowiązującej w tamtych czasach i wyciskającej piętno na myśleniu lekarskim przez całe stulecia.

Niewiele pism Hipokratesa ukazało się w przekładzie polskim. Zainteresowani brali do ręki łatwo dostępne przekłady łacińskie.

Dziś sięgną zapewne po angielskie tłumaczenie W.H. Jonesa, wydane równolegle z tekstem greckim[14]. W Niemczech ukazał się nowy przekład *Przysięgi* Kurta Steinmanna z komentarzem[15]; podobnie w Polsce Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie posługuje się nowszym przekładem G. Piankównej, który zastąpił przekład H. Łuczkiewicza z XIX wieku[16].

10. W kręgu medycznej myśli starogreckiej

O ile niewielu lekarzy stara się dotrzeć do pism mistrza z Kos, o tyle wszyscy spotykamy się z sentencjami z tamtych czasów w przekładzie łacińskim, które są nadal aktualne i żywe. *Primum non nocere* najlepiej znamy, ale są też inne:

Vita brevis
Ars longa
Tempus praeceps
Experimentum periculosum
Iudicium difficile

życie krótkie
sztuka długa
sposobność przemijająca

doświadczenie niebezpieczne
wyrokowanie trudne

Vita brevis. Co prawda życie jest krótkie, zbyt krótkie, by samemu można zdobyć wiedzę i posiąść odpowiednie umiejętności, ale na szczęście sztuka lecznicza – *Ars longa* – jest długa i możemy korzystać z doświadczenia innych, nawet tych, których już dawno nie ma, ale których sztukę przekazali nam nasi nauczyciele.

Sposobność jest przemijająca – *Tempus praeceps*. To odnosi się do ciebie: czego nie nauczyłeś się w porę, być może nie nauczysz się już nigdy; ale też do twojego pacjenta i jego choroby; jeśli nie spostrzeżesz wszystkiego, co cię może naprowadzić na właściwe rozpoznanie, to i z leczeniem będziesz miał kłopoty; być może ktoś inny spostrzeże i odniesie sukces; albo nikt – ze szkodą dla pacjenta.

Doktor Elżbieta Leśniak mówi o swoim nauczycielu, wybitnym psychiatrze krakowskim Antonim Kępińskim:

> „Był czujny, czujny i wrażliwy na otwarcie się chorego, wielokrotnie mówił o potrzebie gotowości do kontaktu z chorym w każdych warunkach, ponieważ ta niepowtarzalna chwila, w której chory się otwiera i chce mówić, może zaskoczyć leczącego, i jeśli lekarz nie jest w tym momencie przygotowany na kontakt z chorym, ta szczególna chwila może się już nigdy nie powtórzyć”[17].

Kogo bardziej podziwiać: Kępińskiego z jego wyostrzoną uwagą na chorego czy Hipokratesa z jego zawsze aktualnymi spostrzeżeniami?

Experimentum periculosum lub *experientia fallax*. *Experientia* to doświadczenie zdobyte w długim życiu zawodowym,

experimentum zaś to doświadczenie w znaczeniu laboratoryjnym. Jedno i drugie kryje w sobie niebezpieczeństwo:

– doświadczenie zawodowe, gdy staje się rutyną, jest złudne – *fallax*;

– doświadczanie nowych sposobów leczenia na człowieku jest zawsze niebezpieczne – *periculosum*.

O przykłady nietrudno: thalidomid, którego skutki widoczne są w ofiarach żyjących jeszcze dziś w domach szczególnej opieki; barbiturany przyjęte kiedyś z wielkim entuzjazmem, które – jak się okazało – dają uzależnienia; poczciwa, już stuletnia aspiryna, jeden z najpopularniejszych leków (2 tys. ton rocznie spożywanych w Wielkiej Brytanii), który stał się przyczyną masowych krwawień z przewodu pokarmowego; wtedy dopiero pacjenci zaczęli czytać ulotkę i właściwie ją zażywać; znacznie później pojawiła się aspiryna w rozpuszczalnych, a potem powlekanych tabletkach. A jak długo trwało, zanim spostrzeżono uszkodzenie nerek przy przedawkowaniu fenocetyny? Jedno z najbardziej „detektywistycznych" dochodzeń było związane w rakiem pochwy, który zaczął się nagle, ni stąd ni zowąd, pojawiać u dziewcząt w wieku 16–18 lat. Ile czasu upłynęło i jakich wnikliwych badań wymagało, by ustalić, że chodzi o pacjentki, których matki w czasie ciąży pobierały estrogeny? Przed pięćdziesięciu laty wiele hałasu narobiły antybiotyki w hodowli. Wytłoczynami karmiono bydło i cieszono się z przyrostu wagi. A później okazało się, że w ten sposób uodporniono salmonellę, co w latach 1964–1970 sprawiło niemało kłopotu Anglikom. Z tego powodu w Gwatemali zmarło 12 tys. chorych na dezynterię, której nie udało się opanować znanymi sposobami.

Zaprawdę doświadczenie jest niebezpieczne. Za niepowodzenia społeczeństwo zawsze będzie obwiniać lekarzy, ale jak może wyglądać postęp bez doświadczenia, w tym również bez doświadczenia na człowieku?

Iudicium difficile – wnioskowanie jest trudne. Wie o tym każdy lekarz praktyk, że nie tylko w gmatwaninie nietypowych objawów, ale w prostych pozornie przypadkach istnieją sytuacje trudne do diagnozowania. A ile kłopotu sprawia podjęcie właściwego leczenia? Czasem dopiero ze skuteczności działania leku wnioskuje się o przyczynie.

Rzecz jasna, możliwy jest również inny komentarz do tych sentencji. Każdy lekarz z odpowiednim doświadczeniem może podać własną interpretację i lepsze przykłady niż te, które dla ilustracji znalazł autor. Ważne jest tylko jedno: by uświadomić sobie, że te sformułowania sprzed tysięcy lat są ciągle aktualne.

11. Przysięga Hipokratesa

Tekst, który potocznie nazywa się *Przysięgą* Hipokratesa, należy do szczytowych osiągnięć światowej myśli. Niekiedy stawia się go na równi z Dekalogiem i Ośmioma Błogosławieństwami. Czy rzeczywiście należy do Hipokratesa? Początkiem swym zdaje się sięgać starożytnego Egiptu, pewnie Imhotepa, ale jego autorstwo przypisywano zawsze Hipokratesowi, aż do początku XX wieku, kiedy po analizie tekstu, którą przeprowadził Ludwik Edelstein,

okazało się, że zawiera wyraźne wpływy filozofii pitagorejskiej, że jest nie tyle przysięgą samego Hipokratesa, co raczej przysięgą asklepiadów włączoną do jego pism. Problemy z ustaleniem czasu jej powstania połączyły się z pytaniem o okoliczności jej składania: czy na końcu nauki, co wydaje się dopiero zwyczajem uniwersyteckim wprowadzonym w średniowieczu, a przeniesionym mimowolnie na obyczaje starogreckie, czy raczej na początku nauki, zanim dopuszczono adepta do tajemnic zawodu i tajemnicy lekarskiej, co wydaje się daleko bardziej logiczne.

Wreszcie forma *Przysięgi*. Nietrudno zauważyć, że nie jest ona poświadczeniem prawdy, jak ma to miejsce w sądzie, lecz wyrażeniem zgody na stawiane warunki i poświadczeniem obietnicy. To jest stwierdzenie oczywiste i nie trzeba było go odkrywać. Natomiast Charles Lichtenthaeler zajął się formalną budową przysięgi, odkrył w niej strukturę, której do tej pory nie zauważono, a poza tym bujność ornamentyki retorycznej, przepych i doskonałość stylu prozy, tak że nazwał ją wręcz „arcydziełem literatury światowej”[18]. O cóż chodzi?

Przysięga ma budowę koncentryczną, składa się z 9 części, przy czym część środkowa (5) stanowi jej oś. Pod względem treści jest to bardzo istotne zobowiązanie składającego przysięgę do czystości i niewinności postępowania. To zobowiązanie ma swój odpowiednik we wstępnym wezwaniu bogów (1) i w końcowym akapicie (9), który jest życzeniem błogosławieństwa przy dochowaniu przysięgi, ale i przekleństwem w razie jej niedotrzymania. Dalej na treść przysięgi składają się dobrowolnie przyjęte, poświadczone religijnym charakterem, zobowiązania

przestrzegania pewnych warunków, które mają charakter nakazów i zakazów:

Punkt 2. określa warunki pobierania nauki (najprawdopodobniej odpłatnie), zobowiązuje do szacunku wobec mistrza, do przekazywania bezpłatnie swej wiedzy jego synom i innym uczniom, ale poza tym kręgiem nikomu więcej. Z tym wiąże się punkt 8. o dochowaniu tajemnicy lekarskiej, której potrzeba wyłania się w związku z wykonywaniem zawodu.

Punkt 3. nakazuje postępować z chorymi według najlepszych intencji i możliwości, a koresponduje z nim punkt 7., który ponownie mówi o naczelnym warunku działalności lekarskiej, jakim jest wyłączne dobro chorych, i wyklucza pożądanie zmysłowe. Rzecz ciekawa, odnosi się to nie tylko do niewiast i mężczyzn, co zrozumiałe, ale w tym samym stopniu do ludzi wolnych i niewolników, co – jeśli się uwzględni ówczesne warunki społeczne – wydaje się na tyle wieków przed chrześcijaństwem wręcz rewolucyjne.

Poza tą grupą nakazów istnieją zakazy. Usytuowane są w tekście najbliżej centralnego zobowiązania. Pierwszy z nich (4) to zakaz podawania trucizny; odnosi się to zarówno do eutanazji, jak i przerywania ciąży, bo w jednym i w drugim przypadku działanie leku jest w skutkach śmiertelne. Do niego dołącza się zakaz wycinania kamienia moczowego (6), co ogólnie oznacza zakaz wykonywania zabiegów chirurgicznych z ingerencją w jamy ciała. W ówczesnych warunkach zabiegi takie zbyt często kończyły się śmiercią pacjenta. Gwarantowano w ten sposób, że postępowanie lekarskie nie będzie kojarzone z zagrożeniem życia. W średniowieczu spotkamy się ponownie z tym samym zakazem,

w odniesieniu do wykonywania zabiegów chirurgicznych przez duchownych. Dzięki temu lekarz jest zawsze widziany jako ten, który przywraca zdrowie, a przynajmniej łagodzi cierpienie, nigdy zaś jako ten, którego działalność może mieć skutek śmiertelny. Problem nader aktualny w naszych czasach.

Jak widać, ten krótki tekst zawiera treść nie tylko wspaniałą, ale nadto wyrażoną w nader kunsztownej formie retorycznej.

Przysięga zwana hipokratesową została zaakceptowana przez chrześcijaństwo, z pominięciem rzecz jasna wezwania do pogańskich bogów. Zobrazowaniem tej akceptacji jest jej tekst napisany w jednym z bizantyńskich rękopisów, w formie krzyża. W Polsce spotykamy się z chrześcijańskim charakterem tejże przysięgi już w XV wieku. Składali ją doktorzy medycyny w Akademii Krakowskiej. Brzmi ona niemal identycznie:

> „Biorąc na świadków Boga Ojca, Syna i Ducha Świętego, że będę przestrzegał tego wszystkiego, co tą przysięgą objęte – na ile to będzie w mojej mocy, w takim stopniu, w jakim mi moje zdolności pozwolą. Wiedzę tę: wszystkie jej przepisy przekazywać będę otwarcie i rzetelnie uczniom moim, mojego mistrza i pozostałym, którzy związali się moralnie przepisami medycyny.
>
> Ponadto, że przy leczeniu chorych stosownie do sił moich i zdolności rzetelnie stosować będę niezbędne środki. Niczyjej choroby nie zaniecham. Nie wyrządzę zła. Nie dam nikomu trucizny, nawet na jego prośbę, ani kobiecie ciężarnej nie podam napoju do zabicia płodu.
>
> Życie moje i moją wiedzę zachowam czyste i nieposzlakowane. Chorujących na kamienie nie będę operować, lecz zostawię to przedsięwzięcie doświadczonym w tej nauce. Do jakiegokolwiek domu gdy przyjdę, aby nieść chorym pomoc, będę się wystrzegał wszelkiego

nadużycia, wszelkiego zepsucia, wszelkiej nieobyczajności, także rzeczy lubieżnych, czy przedmiotem moich zabiegów będą ciała kobiet, czy mężczyzn. O tym, co zobaczę lub co usłyszę w trakcie leczenia, nikomu tego nie wyjawię, lecz zachowam całkowite milczenie, jeśli będę rozumiał, że należy o tym zamilczeć.
Niech mi się pomyślnie szczęści tak w życiu moim, jak i w sztuce, gdy będę w całości i sprawiedliwie wypełniał tę przysięgę i niech zyskam sobie chwałę na wieczność. Gdybym zaś złamał ją i okazał się krzywoprzysięzcą, niech spotka mnie wszystko przeciwne. Amen".

12. Czy przysięga hipokratejska jest przestarzała?

I tak, i nie! Nie ma już co prawda szkół medycznych, takich jakie były w starożytnej Grecji, bo kształcenie lekarzy przejęły w średniowieczu uniwersytety; urolodzy usuwają z powodzeniem kamienie nie tylko z pęcherza, ale i z nerek etc. Wszakże, jeśli w dosłownym znaczeniu *Przysięga* wydaje się dziś przestarzała, to w swej istocie nadal pozostaje aktualna. Bo zważmy choćby ten „urologiczny" passus: czyż, jeśli sięgnąć głębiej, nie oznaczał on obawy, by uczeń nieumiejętnym zabiegiem nie wyrządził pacjentowi nieodwracalnej szkody? „Pomyślmy o niezliczonych zabiegach chirurgicznych, które wykonuje się powszechnie i codziennie bez pełnych wskazań, i o pacjentach, którym albo nie wychodzi to na dobre, albo nawet utrudnia im życie" – pisał Ch. Lichtenthaeler. Jakże aktualnie to brzmi dziś w Polsce!

W sporze o aktualność przysięgi wyłaniają się dwa momenty: aborcja i eutanazja. *Przysięga* zdecydowanie im się sprzeciwia, natomiast prawnicy i politycy – w zależności od sytuacji. W PRL-u był czas, kiedy lansowano wielodzietność, gdy się zanosiło na III wojnę światową. Zaniechano tego, gdy wojenne zagrożenie zniknęło, a jednocześnie spodziewanego dobrobytu nie było widać. Jest rzeczą oczywistą, że prawa etyki nie mogą być zależne od sytuacji politycznej, gospodarczej czy jakiejkolwiek innej. Przypomnijmy, co wydarzyło się kiedyś w Niemczech. W 1920 roku prawnik K. Binding i psychiatra A. Hoche wystąpili z tezą o zabijaniu na życzenie, uśmiercaniu nieuleczalnie i psychicznie chorych, co niedługo potem wprowadzono w Niemczech w czyn. Z perspektywy czasu nazwano to „nieludzką medycyną". Prof. Franz Büchner z Freiburga z całą odwagą wystąpił w 1941 roku przeciw takiemu postępowaniu, wysuwając jako podstawę lekarskiej etyki właśnie *Przysięgę* Hipokratesa. Po wojnie świat lekarski odżegnał się od metod hitlerowskich lekarzy, z których wielu skazano w procesie norymberskim (1946–1947). Powstało wtedy (1948) Światowe Stowarzyszenie Lekarzy (World Medical Association), które wkrótce sformułowało na nowo przysięgę Hipokratesa w akcie nazywanym „Deklaracją genewską". Brzmi ona następująco:

> „W chwili przyjęcia mnie do grona członków zawodu lekarskiego, ślubuję uroczyście, że poświęcę moje życie służbie ludzkości;
> Będę otaczał moich nauczycieli należną im wdzięcznością i czcią;
> Będę wykonywał swój zawód sumiennie i z godnością;
> Będę szanował powierzone mi tajemnice nawet po śmierci pacjenta;
> Wedle wszelkich moich możliwości będę dbał o honor i szlachetne tradycje zawodu lekarskiego;

> Moi koledzy będą moimi braćmi;
> Nie dopuszczę do tego, by argumenty religijne, narodowościowe, rasowe, partyjne lub klasowe mogły wpływać na mnie w wykonywaniu mojego obowiązku wobec chorego.
> Zachowam najwyższy respekt dla życia ludzkiego od chwili jego poczęcia, nawet pod wpływem groźby nie użyję mojej wiedzy lekarskiej przeciwko prawom ludzkości.
> Przyrzekam to uroczyście, bez przymusu i na mój honor".

H.P. Dunn, porównując tekst deklaracji ze słowami przysięgi Hipokratesa, słusznie zwraca uwagę, że „nie odrzuca się w niej w sposób wyraźny eutanazji, że nie ma też w niej wzmianki o uwodzeniu pacjentów, nie mówi się o świętości i czystości w odniesieniu do osobistego życia"[19]. Inni widzą, że w miejsce przysięgi jest tylko ślubowanie, wręcz deklaracja, a to nie jest to samo. W ocenie etycznej każdego z nas – lekarzy, odniesienie musi być poza nami. W przeciwnym razie nigdy nie stanie się obiektywne i zawsze będzie, choćby najbardziej szlachetne w intencjach, subiektywne. A to jest bardzo niebezpieczne. Zwłaszcza dobrze wiedzą o tym ci, którym dane było przeżyć dwa największe totalitaryzmy XX wieku.

Wiele późniejszych przykładów świadczy, że *Przysięga*, jakkolwiek z konieczności modyfikowana i uzupełniana ze względu na problemy związane z przeszczepianiem narządów i doświadczeniami na ludziach, pozostanie aktualna. Dowodów nie brakuje. Ograniczę się do dwóch z Polski.

W 2003 roku zorganizowano sympozjum dla pracowników służby zdrowia i studentów i nadano mu tytuł: „*Przysięga* Hipokratesa dziś... Naglące zagadnienia etyczne medycyny". Nie

tylko w tytule, ale i w treści nie brakowało odniesień do starożytnego, tak genialnie sformułowanego kodeksu.

Również J. Woy-Wojciechowski w swoim wystąpieniu: „*Przysięga* Hipokratesa u progu trzeciego tysiąclecia" dochodzi do jednoznacznego wniosku:

> „Wchodząc w trzecie tysiąclecie należy stwierdzić, że *Przysięga* Hipokratesa, realizowana w pracy lekarskiej w zgodzie z najnowszą wiedzą i uczuciami i sumieniem lekarza, jest ciągle aktualna"[20].

A to twierdzenie poprzedza wnikliwą analizą stanu współczesnej medycyny. Choć ta w ostatnich latach poczyniła milowe kroki, przecież musi znaleźć odniesienie do *Przysięgi*, która nie utraciła swej aktualności, jak i do wartości, którym ona służy.

13. Aktualna, ale...

Wszystko co powyżej przedstawiono wskazuje na aktualność *Przysięgi* Hipokratesa, skoro mimo upływu dwóch i pół tysiąca lat stale się do niej powraca i stanowi jądro wszelkich, z niej wywodzących się deklaracji. Zatem czy może być jakieś „ale"..., jakieś zastrzeżenie poza tymi, o których wspomnieliśmy? Otóż słowa przysięgi znane są nie tylko lekarzom, ale i społeczeństwu. Wszyscy wiedzą, że zobowiązuje ona lekarzy do etycznego postępowania i stawia im wymagania. Tymczasem odpowiedzialność za zdrowie od dawna już nie spoczywa wyłącznie na lekarzach. Już Hipokrates pisał: „Wszakże nie tylko sam lekarz winien spełniać to, co potrzeba, ale także sam chory

i osoby otaczające i stosunki zewnętrzne". Otóż to! Bo od czasów Hipokratesa zmieniły się nie tylko metody leczenia, ale również diagnozowania i co najważniejsze zapobiegania. Stąd się rodzą projekty promocji zdrowia wychodzące daleko poza postępowanie lekarza w jego bezpośrednim kontakcie z chorym. Stąd deklaracje takie, jak ta z Ałma Aty z 1978 roku z „promocją zdrowia dla wszystkich w 2000 roku", jak deklaracja WHO z roku 1984, w której podkreślono konieczność zapobiegania otyłości i chorobie nadciśnieniowej, likwidacji palenia, zwiększenia aktywności i walki ze stresem (rozładowywania emocji, równowagi pomiędzy pracą a wypoczynkiem etc.). Jakże daleka jest ludzkość od realizacji tego zadania. To problem etyki pacjenta, o której się nie mówi.

Również sam lekarz powinien być wzorem zachowania prozdrowotnego, a jak wykazują odpowiednie badania, takim wzorem nie jest. Gdzie szukać przyczyny tego? Czy w złym doborze kandydatów na medyków, czy w postępowaniu nauczycieli? Czy może nie stawia się im odpowiednich wymagań? A mówił Jan Paweł II: „Stawiajcie sobie wymagania, nawet gdyby wam ich nie stawiano...".

14. Hipokrates jako filozof

W pismach Platona dwa razy znajdziemy Hipokratesa. Raz występuje on w *Protagorasie*[21]. Sokrates rozmawia z młodzieńcem o imieniu Hipokrates, który chce pobierać nauki u Protagorasa:

„Powiedz mi – rzekłem – Hipokratesie, postanowiłeś iść do Protagorasa, wypłacić mu pieniądze jako zapłatę za siebie: jako do k o g o masz iść i k i m chcesz zostać? To tak, jakbyś umyślił udać się do twojego imiennika, Hipokratesa z Kos, z rodu Asklepiadów, i dać mu pieniądze jako zapłatę za siebie, i gdyby cię ktoś zapytał: Powiedz mi, chcesz, Hipokratesie, uiścić Hipokratesowi zapłatę jako k o m u, to co byś odpowiedział?
Odpowiedział:
– Powiedziałbym, że jako lekarzowi.
– Jako ten, kto ma k i m zostać?
– Lekarzem – powiada".

Drugi raz w *Fajdrosie*[22]:

„SOKRATES: Przecież ze sztuką wymowy to tak samo, jak z medycyną.
FAJDROS: Jak to?
SOKRATES: W jednej i w drugiej musisz rozbierać, analizować naturę: ciała w jednej, a duszy w drugiej, jeżeli nie chcesz na podstawie samej tylko rutyny i doświadczenia ciału podawać lekarstwa i wyrabiać w nim zdrowie i siły, a duszy podawać myśli i obyczaje zacne i rozwijać w niej przekonania dowolne i dzielności.

FAJDROS: Podobno tak, Sokratesie.
SOKRATES: A naturę duszy zrozumieć należycie, przypuszczasz, można bez natury wszechrzeczy?
FAJDROS: Jeśli mamy wierzyć Hipokratesowi, temu z Asklepiadów, to nawet i natury ciała na innej drodze nie poznasz.
SOKRATES: Dobrze mówi, przyjacielu. Ale trzeba oprócz Hipokratesa i rozumu zapytać, czy nam słuszność przyzna.
FAJDROS: Zgoda.
SOKRATES: Więc weź pod uwagę to, co o naturze mówi Hipokrates i prawdziwy rozum. Nieprawdaż, że tak należy rozpatrywać naturę każdej rzeczy? Naprzód się zastanowić nad tym, czy to coś prostego, czy też ma różne rodzaje to, w czym sami chcemy być mistrzami i w czym drugich chcemy doprowadzić do doskonałości, a potem, jeśli to coś prostego,

zastanowić się nad jego siłami: jakie to z natury swej posiada zdolności czynne i bierne i względem jakich przedmiotów; a jeśliby to miało więcej form, to je wyliczyć i zastanowić się nad każdą, podobnie jak nad całością, jakie każda ma dyspozycje czynne i w jakich od czego zostaje zależnościach.
FAJDROS: Zdaje się, że tak, Sokratesie".

O ile w pierwszym dziele Hipokrates jest zaledwie wzmiankowany i wymaga jeszcze podkreślenia, że chodzi o Hipokratesa z Kos, jakby nie był dostatecznie znany, o tyle w drugim jest identyfikowany już samym imieniem, a Platon koncentruje się na jego sposobie myślenia i metodzie postępowania, dzięki którym Hipokrates dochodzi do istoty rzeczy; bystra analiza szczegółowa prowadzi do sensownej całości. Platon wyraża w ten sposób uznanie dla rozumu Hipokratesa, a ta pochwała ma ogromne znaczenie, znaczy bowiem, że stawia go na równi z filozofami.

I tu warto rozważyć, a przynajmniej zwrócić uwagę na najtrudniejszą z sentencji, jakie pozostały w spadku po myśli Hipokratesa, obowiązującą współczesnego lekarza:

Iatros philosophos isotheos.

Bywa to tłumaczone: Lekarz filozof jest równy bogom. Jeśli *filos* znaczy umiłowanie, a *sophia* – mądrość, to raczej należy tłumaczyć: Lekarz miłujący mądrość zdaje się rangą równy bogom. Zważmy: jeśli mądrość ma być udziałem wszystkich ludzi, to wszyscy powinni uprawiać filozofię. W Odrodzeniu Pico della Mirandola powiedział: „Nie jest człowiekiem ktoś, kto nie uprawia mądrości". Zatem filozofia, lub ściślej filozofowanie, jest koniecznym warunkiem człowieczeństwa.

Czym jest mądrość? Na pewno nie sumą wiadomości, zatem człowiek mądry wcale nie musi być wykształcony. I odwrotnie: przez samo wykształcenie człowiek wcale nie staje się mądrzejszy, nie zdobywa bowiem mądrości, tylko wiedzę. Filozof Stefan Świeżawski tak to widział:

> „Rozróżniam wyraźnie cnotę wiedzy od cnoty mądrości. Kontemplacja jest zasadniczym elementem cnoty mądrości, a nie cnoty wiedzy. Sprawa rozróżnienia tych cnót intelektualnych to rzecz fundamentalna. Trzeba sobie od razu powiedzieć, że człowiek może posiadać ogromną wiedzę, a nie posiadać mądrości, ale może posiadać małą wiedzę i wielką mądrość”[23].

Mądrość jest umiejętnością widzenia sensu życia i jego różnych przejawów, właściwej oceny zdarzeń, a to związane jest z postawą refleksyjną. Taka postawa cechuje dziś bardziej ludzi Wschodu niż Zachodu, tu bowiem się zatraciła.

Człowiek mądry to ten, który w życiu kieruje się zasadami mądrości; jest to coś, co zdobi człowieka. Ale zdobycie mądrości wymaga ciągłego wysiłku, a nie każdy to potrafi i nie każdy tego chce. Stąd wśród ludzi są mądrzy i głupi. A szkoda! Bo uprawianie filozofii, czyli kultywowanie mądrości, podnosi naszą kulturę myśli i kulturę czynów, tzn. nasz sposób postępowania.

A czym jest mądrość w medycynie?

Zapytajmy: co wiemy o człowieku w ogóle, a co o człowieku chorym? Na ogół tyle, ile jest w podręczniku. A to tak niewiele! W pomyślnym układzie, tzn. gdy wyprowadzamy go z choroby, uznajemy to za zwycięstwo i nagrodę za nasz trud. Ale jeśli tak się nie dzieje, wtedy kapitulujemy; lekarz traktuje to jako porażkę,

unika chorego, zostawia go w spokoju, a chory boi się samotności. Prośba chorego: pomóż mi, nie zawsze znaczy: wylecz mnie...

To wszystko dotyczy zdrowia fizycznego. Zważmy jednak na postawę intelektualną lekarzy i to w odniesieniu do siebie samego, do postępowania z chorym, do nauki (dokształcanie się) oraz w odniesieniu do życia umysłowego, kulturalnego i społecznego. Przyjrzyjmy się, co przeważa: lenistwo czy aktywność?

Wspomniany filozof S. Świeżawski taką kiedyś odebrał naukę z ust ks. Władysława Korniłowicza: „Pamiętaj zawsze, żebyś miał godzinę, czy dwie, w ciągu dnia, tak abyś mógł być sam... Czy to na modlitwę, czy na lekturę, żeby jednak były takie momenty..."[24].

Zasada, która się sprawdziła w życiu wielkiego filozofa, równie skuteczna może się okazać w życiu każdego lekarza, który także, na swój sposób, ma być filozofem.

Myśl hipokratejska towarzyszyła medycynie przez różne epoki i towarzyszyć będzie dopóki będzie istniała myśl medyczna. Nie znaczy to jednak, by nie były potrzebne coraz to inne, coraz to nowsze przemyślenia, dostosowane do czasów, w których żyjemy. Stąd i nasze lata wymagają bliższego nam w czasie autorytetu. Pisze o tym Z. Domosławski:

> „W minionym okresie Hipokrates nie był na indeksie, stąd niejednokrotnie, gdy mówiliśmy i pisaliśmy, powołując się na niego mieliśmy na myśli nauki Chrystusa i Jego przesłanie Miłosiernego

> Samarytanina. Nie wolno nam zapomnieć o cenzurze i autocenzurze tego okresu. Nasuwa się pytanie czy dziś nie za wiele i nie za często powołujemy się na Hipokratesa, a za mało mówimy o chrześcijańskich korzeniach medycyny i jakże aktualnym magisterium Jana Pawła II?”[25].

Papież w swoim nauczaniu nie traktował medycyny marginesowo.

15. Inne szkoły greckie

Hipokrates i jego koncepcja medycyny zawarta w *Corpus Hippocraticum* (niezależnie od tego, w jakim stopniu on sam był jej autorem) odegrała ogromną rolę w dziejach medycyny, a nazwisko mistrza z Kos mimo upływu tylu wieków pozostaje nadal żywe. Ale w kręgu kultury greckiej istniały jeszcze inne szkoły warte wzmianki. Niektóre z nich rozwinęły się dopiero na gruncie rzymskim, stanowiąc część tamtejszej medycyny.

Szkoła aleksandryjska. Miasto założone przez Aleksandra Wielkiego w 331 roku przed Chr., w okresie panowania Ptolemeuszów stało się ogniskiem kultury antycznej. Rozkwit sztuki i nauki obejmował architekturę, astronomię, geografię, nauki przyrodnicze i medyczne. Dwa nazwiska utrwaliły się w jego historii.

Herofilos z Chalcedonu, twórca szkoły aleksandryjskiej, wykonywał sekcje zwłok, a najprawdopodobniej i wiwisekcje. Znał budowę mózgu, odkrył czwartą komorę i *Calamus scriptorius*, który zwany jest też *Calamus Herophilou*. W nim dopatrywał się

siedliska duszy. Powiązał uderzenie serca z pulsacją tętnic. Opisał też cechy pulsu, wiążąc je z teorią muzyki Aristoxenosa z Tarentu. Swoje doświadczenie lekarskie zawarł w myśli: „Lekarz przede wszystkim musi znać granice swoich możliwości. Ponieważ tylko ten, który umie rozróżnić co możliwe od tego co niemożliwe, jest doskonałym lekarzem".

Erasistratos z Keos. Osiągnięcia anatomiczne Herofilosa, jego mistrza, umożliwiły mu skupienie się na czynnościach organizmu. Stąd można o nim mówić jako o fizjologu. Co więcej, świadomie kierowane obserwacje pozwalają przypisać mu tytuł twórcy fizjologii eksperymentalnej. Nie przestał być hipokratykiem, ale poczynił pewne wyłomy w jego nauce. Rozumiał funkcje serca jako pompy, chociaż puste światłotętnic i jemu, jak wszystkim starożytnym, nasuwało prostą myśl: tędy biegnie powietrze – *pneuma*. Rozróżniał nerwy czuciowe i ruchowe, co było wynikiem wiwisekcji przeprowadzanych na zwierzętach, a zapewne i na przestępcach.

Dwie są rzeczy interesujące, a zarazem zagadkowe, które wiążą się ze szkołą aleksandryjską:

1) dlaczego właśnie tam mogła się rozwinąć anatomia, a za nią fizjologia i to wbrew wszelkim prawnym, obyczajowym i religijnym przeszkodom,

2) dlaczego ten rozwój anatomii został potem zahamowany na kilkanaście wieków, aż do renesansu, z wielką szkodą dla ludzkości.

Empirycy. Swój początek wzięli oni również z Aleksandrii, ale w stosunku do tamtejszej szkoły odrzucili wszystkie teorie (dogmaty) związane z przyczynami i przebiegiem chorób,

poprzestając na czystej, zalecanej przez Hipokratesa obserwacji. Kładli przy tym cały nacisk na rozwój terapii i środków leczniczych. Jeden z empiryków Glaucias z Tarentu sformułował zasady medycyny empirycznej, opierając je na „trójnogu":

– przekaz cudzego doświadczenia,

– doświadczenie własne,

– wyprowadzanie wniosków *per analogiam*.

Osiągnięcia mieli spore, okres ten bowiem znamionuje również rozwój chirurgii i środków leczniczych. Z czasem, będąc antydogmatykami, sami stali się dogmatykami, tak że Galen musiał się ostatecznie z nimi rozprawić.

Metodycy. Pojawili się w ostatnim stuleciu przed Chrystusem. Ich medycyna opiera się na atomowej budowie świata.

> „Atomy nie mają koloru, temperatury ani żadnych innych cech postrzeganych zmysłowo; natura substancji zależy wyłącznie od ich kształtu. Demokryt wytłumaczył różnice między czterema żywiołami, przyjmując za podstawę formalne charakterystyki atomów, które się na nie składają. Ogień i wszystkie przejawy ciepła wynikają z piramidalnej, niestabilnej i ulotnej konfiguracji pewnego typu cząsteczek; powietrze, gazy, pary składają się z atomów sześciokątnych. Te najbardziej śliskie i okrągłe tworzą wodę, podczas gdy stabilniejsze, sześcienne atomy składają się na ziemię"[26].

Taką też budowę ma ciało ludzkie: składa się z atomów i przestrzeni między nimi (pór, kanałów). Stąd się wzięła swoista atomo-mechanicystyczna teoria choroby, którą sformułował Themison z Laodycei.

Istnieją trzy stany:

Status laxus – luźny układ atomów, który prowadzi do wydzielania się płynów ustrojowych;

Status strictus – wyrażający się napięciem w układzie atomów, które prowadzi do wstrzymania wydzielania;

Status mixus – będący mieszaniną pierwszego i drugiego stanu.

Przy tak uproszczonym sposobie widzenia choroby niepotrzebna była zarówno nauka anatomii, jak i wszystkich innych dotychczasowych nauk, potrzebnych do rozpoznawania i przyczynowego leczenia.

Wybitnym przedstawicielem tej szkoły był Asklepios, żyjący w I wieku po Chr., działający na terenie Rzymu, stąd powrócimy do niego w odpowiednim miejscu.

Pneumatycy. Byli ostatnią szkołą lekarską starożytnej Grecji, nawiązującą do wprowadzonego przez Epikura pojęcia *pneumy*, tchnienia, jakby piątego elementu, czynnika ożywiającego organizm, którego brakuje materii nieożywionej, a również i zmarłym. Przedstawiciele tej szkoły dowodzili, że *pneuma* wypełnia ciało i jest odpowiedzialna za wszystkie jego funkcje. Jej właściwe napięcie (*tonos*) można obserwować wyczuwaniem pulsu. Zaburzenia w jej przepływie są przyczyną chorób. W leczeniu przywiązywali wagę do diety.

Przypisy

[1] Por. E.J. Edelstein, L. Edelstein, *Asclepius. A collection and interpretation of the testimonies*, t. 1-2, The John Hopkins University Press, Baltimore 1948 (reprint w I t. 1998).

[2] M. Wańkowicz, *Szczenięce lata*, Czytelnik, Warszawa 1957, s. 58.

[3] W.A. Nolen, *Jak zostałem chirurgiem*, tłum. W. Rudowski, PZWL, Warszawa 1976, s. 102.

[4] Tamże, s. 194.

[5] D. Musiał, *Asklepios, opiekun lekarzy i jego sanktuarium w Epidauros*, „Mówią wieki" 1983, nr 7, s. 12.

[6] S. Vincenz, *Z perspektywy podróży*, Znak, Kraków 1980, s. 107.

[7] Platon, *Państwo*, tłum. W. Witwicki, Antyk, Kęty 2003, s. 106.

[8] A. Dużeński, *De peregrinationibus medicorum*, Cracoviae 1822.

[9] G. Baissette, *Die Medizin bei den Griechen*, [w:] *Illustrierte Geschichte der Medizin*, t. 1, Andreas, Vaduz 1992, *passim.*

[10] W. Szumowski, *Historia medycyny*..., s. 87.

[11]R.J. Kopiński [w:] *Pamiętniki lekarzy absolwentów (1947–1952) UJ i AM w Krakowie z lat 1947–2005*, pr. zbior., Kraków–Warszawa 2006, s. 172.

[12] U. Nicola, *Filozofia*, Świat Książki, Warszawa 2006, s. 78.

[13] E. Wipszycka, *Przysięga Hipokratesa*, „Mówią wieki" 1976, nr 4, s. 29.

[14] *Hippocrates Opera* with an English transl. by W.H. Jones, London 1948.

[15] K. Steinmann, *Hippokrates der Eid des Arztes*, Insel, Frankfurt am M.–Leipzig 1996.

[16] Hipokrates, *Aforyzmy i rokowania oraz przysięga*, tłum. H. Łuczkiewicz, Warszawa 1864.

[17] A. Kokoszka, *Jak pomagał i leczył profesor Antoni Kępiński*, Medycyna Praktyczna, Kraków 1999, s. 99.

[18]K. Steinmann, *Hippokrates...*, *passim.*

[19] H.P. Dunn, *Etyka dla lekarzy, pielęgniarek i pacjentów*, Biblos, Tarnów 1997, s. 46.

[20] J. Woy-Wojciechowski, *Przysięga Hipokratesa u progu Trzeciego Tysiąclecia*, [w:] *W służbie życiu*, red. ks. J. Jachimczak, Wyd. Instytutu Teologicznego Księży Misjonarzy, Kraków 2003, s. 106.

[21] Platon, *Protagoras*, tłum. L. Regner, PWN, Warszawa 1995, s. 6.

[22] Platon, *Fajdros*, tłum. W. Witwicki, PWN, Warszawa 1958, s. 112.

[23] M. Iwanicki, T. Rakowski, J. Wojtysiak, *Sukces nieważny, czyli z profesorem Stefanem Świeżawskim rozmowy o kontemplacji*, Biblos, Lublin 2001, s. 16.

[24] Tamże, s. 99.

[25] Z. Domosławski, *Od studenta do profesora. Pół wieku bez mała*, Atla 2, Wrocław 2008, s. 151.

[26] U. Nicola, *Filozofia*, 84.

Wspomniany już motyw „czarnej kury" utwierdza nas w przekonaniu, że lekarze rzeczywiście dawniej podstępnie postępowali – dla dobra chorego. W swojej powieści *Panna z mokrą głową* tak pisał o tym – czy tylko żartobliwie? – Kornel Makuszyński.

Sławny to był lekarz. Leczył zaś tak, jak żaden lekarz na świecie. Przychodzi na ten przykład stare chłopisko, wynędzniałe i zbiedzone tak, że tylko skóra wisi na kościach jak płaszcz na wieszaku. Każdy lekarz powiedziałby, że chłop jest wynędzniały i musi dobrze się odżywić, aby nabrać sił. A doktor Lipień mówił tajemniczo do chłopa i jego żony:

– Weźmiesz, bracie, czarną kurę. Nie może być ani biała, ani czerwona, tylko czarna. Niech ją baba zarżnie o świtaniu, a potem niech poza siebie splunie trzy razy. Jakby splunęła cztery razy, to nie będzie ważne. Słuchajcie dobrze. Potem tę kurę musi gotować przez dwie godziny, a kiedy będzie miękka, niech ją podzieli na trzy części i trzy razy niech wam to da do zjedzenia. Ale nim ją, bracie,

zjesz, powiedz przedtem: „Twoje zdrowie, moje zdrowie!”. I tyle. A jak sobie zjesz wszystkie kury, które masz, będziesz zdrów jak sam pan starosta.

Ksiądz proboszcz mówił do doktora:

– Czy konsyliarz zmysły postradał, czy co? Po co doktor ludzi ogłupia i każe im pluć trzy razy po zarżnięciu kury? Czy chłop bez tego nie może jej zjeść?

– A właśnie, że nie – odpowiedział doktor. – Najpierw dlatego, że mu jej będzie żal, a następnie, co to za wielka sztuka zjeść kurę! I jaki ze mnie doktor, co zamiast proszków zapisuje kurę, którą można sprzedać i coś z tego mieć. Ale ja znam swoich pacjentów. Skoro musi być czarna, przy jej zarżnięciu trzeba odmawiać diabelskie zaklęcia i gadać do niej po nagłej i niespodziewanej śmierci, w takim razie coś w tym jest. To takie niewinne czary, księże dobrodzieju, ale chłop pożywi się i wyzdrowieje.

– A dlaczego ma być potem zdrów „jak sam pan starosta”?

– To też bardzo proste. Jeśli powiem chłopu, że będzie zdrów jak ryba,

wcale mu nie przemówię do wyobraźni. A starosta to trochę więcej niż ryba.

Ksiądz machał ręką z wielką rezygnacją, a doktor Lipień leczył na swój sposób, i doskonale leczył. Kiedy musiał zapisać proszki, które trzeba było połykać co dwie godziny, najprzedziwniejsze do tego zabiegu wymyślał ceregiele.

– Pierwszy raz – mówił – zażyjesz, kiedy w kościele odprawiają mszę św. Wtedy to najbardziej pomaga. Potem patrz, kiedy dzieci idą do szkoły. Wtedy staniesz tyłem do słońca i znowu zażyjesz

proszek. Trzeci raz wtedy połkniesz, kiedy usłyszysz gwizd lokomotywy na południe.

I tak aż do nocy, a chłop, nie mający zegara, nie opóźnił... pory ani na minutę. Bo jakże to nie wierzyć takiemu lekarzowi, co każe tyłem stawać do słońca? Żaden nie kazał, a ten kazał. Już on tam swoje wie. Tajemnica to wielka rzecz, a bez czarów najlepszy proszek nikomu nie pomoże.

– Co dzisiaj znaczy przysięga Hipokratesa? Czy nie są to wyświechtane deklaracje?

– Jak to? Dla mnie to jest sens mojego życia. Całe życie przeżyłem z tą przysięgą.

Z rozmowy z prof. J. Nielubowiczem

Oby wszyscy lekarze umieli dochować wierności przysiędze Hipokratesa, składanej podczas promocji lekarskiej! Idąc po tej linii, Zgromadzenie Ogólne Światowego Towarzystwa Lekarskiego przyjęło w 1948 r., w Genewie, formułę przysięgi, która mówi: „Będę zachowywał absolutny szacunek dla życia ludzkiego od chwili jego poczęcia i nawet pod groźbą nie dopuszczę do tego, aby mojej wiedzy lekarskiej użyto przeciw prawom ludzkości". Mam nadzieję, że owo uroczyste zobowiązanie nadal pozostanie w całej rozciągłości wytyczną postępowania lekarzy. Chodzi przecież o ich honor. Chodzi o zaufanie, na jakie zasługują. Chodzi o ich sumienie

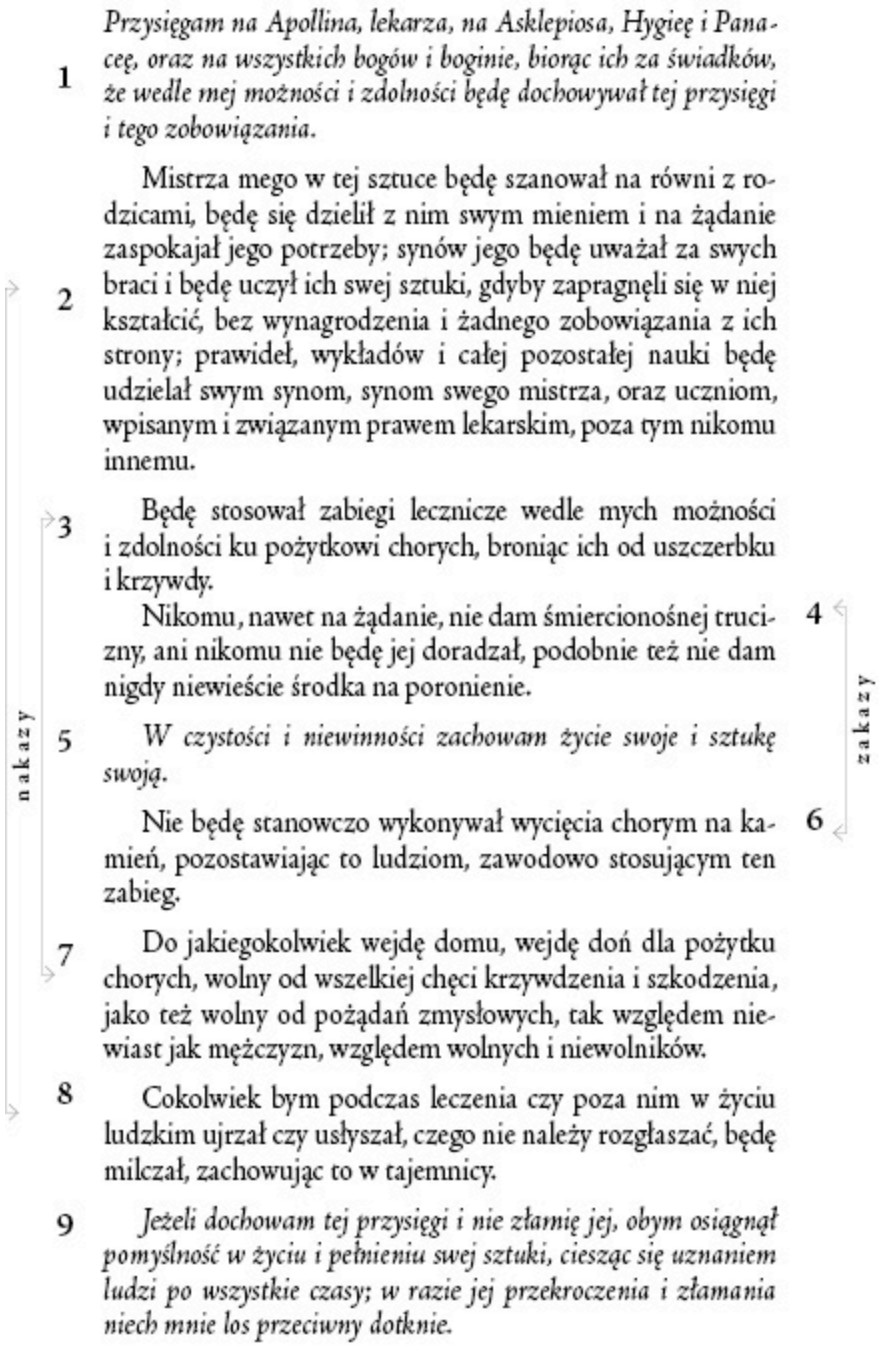
niezależne od ustępstw, na jakie pozwala sobie w tej dziedzinie prawo cywilne...

Jan Paweł II, Watykan 29 X 1983

Na cmentarzu Rakowickim w Krakowie na grobie jednego z lekarzy napisano:

Hippocratis iusiurandum semper servavit.

(Przysięgi Hipokratesa zawsze dochował.)


1 Przysięgam na Apollina, lekarza, na Asklepiosa, Hygiję i Panacę, oraz na wszystkich bogów i boginie, biorąc ich za świadków, że wedle mej możności i zdolności będę dochowywał tej przysięgi i tego zobowiązania.
2 Mistrza mego w tej sztuce będę szanował na równi z rodzicami, będę się dzielił z nim swym mieniem i na żądanie zaspokajał jego potrzeby; synów jego będę uważał za swych braci i będę uczył ich swej sztuki, gdyby zapragnęli się w niej kształcić, bez wynagrodzenia i żadnego zobowiązania z ich strony; prawideł, wykładów i całej pozostałej nauki będę udzielał swym synom, synom swego mistrza, oraz uczniom, wpisanym i związanym prawem lekarskim, poza tym nikomu innemu.
3 Będę stosował zabiegi lecznicze wedle mych możności i zdolności ku pożytkowi chorych, broniąc ich od uszczerbku i krzywdy.
4 Nikomu, nawet na żądanie, nie dam śmiercionośnej trucizny, ani nikomu nie będę jej doradzał, podobnie też nie dam nigdy niewieście środka na poronienie.
5 W czystości i niewinności zachowam życie swoje i sztukę swoją.
6 Nie będę stanowczo wykonywał wycięcia chorym na kamień, pozostawiając to ludziom, zawodowo stosującym ten zabieg.
7 Do jakiegokolwiek wejdę domu, wejdę doń dla pożytku chorych, wolny od wszelkiej chęci krzywdzenia i szkodzenia, jako też wolny od pożądań zmysłowych, tak względem niewiast jak mężczyzn, względem wolnych i niewolników.
8 Cokolwiek bym podczas leczenia czy poza nim w życiu ludzkim ujrzał czy usłyszał, czego nie należy rozgłaszać, będę milczał, zachowując to w tajemnicy.
9 Jeżeli dochowam tej przysięgi i nie złamię jej, obym osiągnął pomyślność w życiu i pełnieniu swej sztuki, ciesząc się uznaniem ludzi po wszystkie czasy; w razie jej przekroczenia i złamania niech mnie los przeciwny dotknie.
nakazy
zakazy

W Bibliotece Watykańskiej przechowywany jest bizantyński rękopis z XII wieku, w którym *Przysięgę* Hipokratesa zapisano w formie krzyża. Jest to zatem chrześcijańska akceptacja dla treści, które ona zawiera. Gdyby w takiej formie przedstawić *Przysięgę*

przyjętą współcześnie przez chrześcijańskiego lekarza, wyglądałaby ona następująco:

Biorąc na świadków Boga Ojca, Syna i Ducha Świętego, że będę przestrzegał tego wszystkiego, co tą przysięgą objęte – na ile to będzie w mojej mocy, w takim stopniu, w jakim mi moje zdolności pozwolą. Wiedzę tę: wszystkie jej przepisy przekazywać będę otwarcie i rzetelnie uczniom moim, mojego mistrza i pozostałym, którzy związali się moralnie przepisami medycyny. Ponadto, że w leczeniu chorych stosownie do sił moich i zdolności rzetelnie stosować będę niezbędne środki. Niczyjej choroby nie zaniecham. Nie wyrządzę zła. Nie dam nikomu trucizny, nawet na jego prośbę, ani kobiecie ciężarnej nie podam napoju do zabicia płodu. Życie moje i moją wiedzę zachowam czyste i nieposzlakowane. Chorujących na kamienie nie będę operować, lecz zostawię to przedsięwzięcie doświadczonym w tej nauce. Do jakiegokolwiek domu gdy przyjdę, aby nieść chorym pomoc, będę się wystrzegał wszelkiego nadużycia, wszelkiego zepsucia, wszelkiej nieobyczajności, także rzeczy lubieżnych, czy przedmiotem moich zabiegów będą ciała kobiet, czy mężczyzn. O tym, co zobaczę lub co usłyszę w trakcie leczenia, nikomu tego nie wyjawię, lecz zachowam całkowite milczenie, jeśli będę rozumiał, że należy o tym zamilczeć. Niech mi się pomyślnie szczęści tak w życiu moim, jak i w sztuce, gdy będę w całości i sprawiedliwie wypełniał tę przysięgę i niech zyskam sobie chwałę na wieczność. Gdybym zaś złamał ją i okazał się krzywoprzysięzcą, niech spotka mnie wszystko przeciwne.

AMEN

Eskulap z synami, córkami i suplikantami (Narodowe Muzeum Archeologiczne w Atenach)

V. Rzym

Według Pliniusza Starszego, Rzymianie przez sześć pierwszych wieków swojej historii obchodzili się bez lekarzy. Jak zatem sobie radzono?

Prostota życia, zdrowe pokarmy, hartowanie ciała, wysiłek fizyczny, przy krótkim okresie życia, pozwalały na uniknięcie wielu chorób, a zwłaszcza tych związanych z późnym wiekiem. Poprzestawano zatem na doświadczeniu empirycznym, gromadzonym w rodzinie, a skarbnicą wiedzy miał być ojciec rodziny – *pater familias*, do którego autorytetu odnoszono się również w sprawie zdrowia. Uosobieniem tego był Katon Starszy, który leczył siebie i swoją rodzinę, a robił to widać z dobrym skutkiem, skoro dożył sędziwego wieku zarówno on, jak i jego żona. Katon przejawiał żywiołową niechęć nie tylko do medycyny greckiej, ale i jej reprezentantów, którzy w coraz to większej liczbie zjawiali się na Półwyspie Apenińskim, i wiele przemawia za tym, że miał rację. W jego *Wskazówkach dla syna* czytamy:

„Za każdym razem, kiedy oni rozpowszechniają u nas coś ze swojej nauki, wprowadzają ogólny upadek, specjalnie wtedy, jeżeli przyślą swoich lekarzy. Sprzysięgli się, żeby wszystkich barbarzyńców zabić swoimi lekarstwami, a i to nawet robią za pieniądze, żeby im ufano i żeby mogli tym łatwiej szerzyć spustoszenie. Nas także zaliczają do barbarzyńców i traktują jeszcze pogardliwiej od innych, nadają nam ośmieszające przezwisko Prostaków. Zabraniam ci kontaktów z lekarzami!”[1].

Rzymskie narzędzia chirurgiczne;
z „Domu chirurga” w Ariminum
(Rimini, Włochy).

Do bogów, którzy mogli być pomocni w chorobie, należała przede wszystkim Minerwa – bogini mądrości, ale też medycyny. Ten jej związek z medycyną upamiętnili współcześni Włosi, nadając wielu medycznym czasopismom jej imię. Stąd takie tytuły, jak: „Minerva Dermatologica”, „Minerva Stomatologica”, „Minerva Laringologica” etc. Zdrowiu patronowała również Dea Salus, która miała swoją świątynię. Przed zaraźliwymi waporami z błot w Lacjum chroniły dwie boginie: Febris i Mefitis. Pierwsza z nich utrwaliła swe imię w terminologii lekarskiej. Kobiety cierpiące w bólach porodowych wzywały Triwii (bogini występującej w trzech postaciach: Luna, Diana i Hekate) potrójnym okrzykiem: *Fer opem*! – czyli: Przyjdź z pomocą! Horacy utrwalił to w odzie do Diany:

Montium custos nemorumque, virgo,
quae laborantis utero puellas
ter vocata audis adimisque leto,
diva triformis.

Lasów i gór opiekunko dziewico,
trzykroć wzywana w połogowych bólach
ratujesz młode kobiety od śmierci,
bogini w trzech postaciach[2].

Kult najważniejszego boga przyszedł znacznie później.

1. Eskulap

Wszystkich bogów-uzdrowicieli zmajoryzuje grecki Asklepios, występujący w Rzymie pod łacińskim mianem Aesculapius (Eskulap). Początek kultu miał swą przyczynę w zarazie, która wybuchła w Rzymie w 293 roku przed Chr., a której końca nie było widać. W dwa lata później poszukano rady we wróżebnych *Księgach sybillińskich*; nakazywała ona udać się do Epidauros i przywieźć stamtąd Eskulapa pod postacią węża, co też niezwłocznie uczyniono. Opisał to w *Przemianach* Owidiusz. Na leżącej na Tybrze wyspie wybudowano dla boga świątynię, która stała się wkrótce miejscem kultu. Tłumy pielgrzymów przybywały do niego. Kult rozwijał się z wieku na wiek i przetrwał do czasów chrześcijańskich.

Eskulap początkowo był, tak jak w Grecji, bogiem-uzdrowicielem. Z czasem stał się jednak czymś więcej niż uzdrowicielem, stał się najwyższym, a nawet jedynym bogiem, bogiem-zbawicielem (Soter), i to już wtedy, gdy chrześcijaństwo przybierało na mocy. Dlatego jeszcze do niego powrócimy.

Kult Eskulapa wygasł wraz z upadkiem cesarstwa rzymskiego. Ale zarówno Apollo, jak i Eskulap pozostali w literaturze. Polska pozostająca w zasięgu kultury śródziemnomorskiej wcześnie przejęła te wzory. U Piotra Gaszowca, lekarza Kazimierza Jagiellończyka, czytamy:

> *Nihil rursus aliquid industrios ac nobiles poetas significare voluisse existimabant, cum Apollinem et Aesculapium deificatos esse fixerunt, quos eruditos medicos in deorum numero collocari debere, quasi sciennтiam*

medicinalem celitus esse demissam et in urbes per acutissimos medicos collocatam in domosque directam.
(Nic innego nie chcieli dać do zrozumienia przemyślni znakomici poeci, przypisując Apollinowi i Eskulapowi naturę boską; tych to wykształconych lekarzy powinno się zaliczyć do bogów, jako że nauka medycyny została zesłana z nieba i przez wybitnych lekarzy przekazana i skierowana do domów; tłum. D. Turkowska).

Eskulap przetrwał też w nazwie, którą zaczęto obdarzać lekarzy. Oto barokowy panegiryk *Hymen wesoły* T.F. Ormińskiego, w którym orator zwraca się do krakowskiego lekarza Jacka Łopackiego tymi słowy:

„Znał Cię Apollo, do trzeciej korony
Wezwał, i onę na Twej złożył głowie,
Byś utracone chorym dawał zdrowie.
Jakoż na swojej nie jest zawiedziony
Imprezie: oto Eskulapiusza
Ciebie wyznaje nie jeden zleczony.
Z którego prawie już darła się dusza,
Niechby tu stanął orszak niezliczony
Twych pacjentów, pewnie Tuliusza
Nie potrzeba by na Twe zalecenie
Byłoby od tych znaczne pochwalenie”[3].

Przykładów z czasów późniejszych nie brakuje. I dziś, gdy słyszymy o eskulapie, wiemy, że chodzi o doktora, i to doktora medycyny.

2. Przenikanie medycyny greckiej na teren rzymski

Rzymianom należy oddać sprawiedliwość w odniesieniu do organizacji prawnosanitarnych. Już we wczesnym etruskim okresie pojawił się problem odprowadzania nieczystości, co skłoniło z czasem do budowy kanału Cloaca maxima. Dziś jeszcze podziwiamy wytwór sztuki inżynierskiej w postaci akweduktów, którymi doprowadzano do miast wodę dobrej jakości i w dostatecznej ilości, do spożywania i do kąpieli, co dobrze świadczy o świadomości zdrowotnej Rzymian. To oni też zarządzili grzebanie lub palenie zwłok poza obrębem miasta. Z tym problemem miasta europejskie nie mogły sobie poradzić przez długie wieki, aż po czasy nowożytne.

Ale Rzymianie sami do nauki medycyny się nie przykładali, pozostawiając to niewolnikom greckim. Stąd nie można mówić o medycynie rzymskiej bądź łacińskiej, ponieważ taka nie istniała. Zarówno metody, systemy, jak i szkoły były wyłącznie greckie. Dopiero znacznie później zainteresują się wiedzą medyczną i nauce tej nadadzą polor językowy. Póki co, posługiwać się będą Grekami, a ci byli po większej części szarlatanami. Pliniusz tak opisuje istniejący wówczas stan:

> „[...] dalibóg, tu jedynie zdarza się rzecz w innych gałęziach wiedzy niesłychana. Kto tylko ogłosi się lekarzem, natychmiast spotyka się z zaufaniem, choć to przecież dziedzina, w której szarlataneria pociąga najgroźniejsze skutki. Ale w to nie wnikamy bliżej; dla każdego tak bardzo pociągająca jest i słodka nadzieja własnego zdrowia! Poza tym nie ma żadnej ustawy, która by karała nieuctwo w tej dziedzinie, nie ma żadnego przykładu odstraszającej kary! Uczą się na nasze ryzyko i przeprowadzają doświadczenia kosztem naszego życia. Jedynie lekarzowi wolno bezkarnie zabić człowieka. Co więcej, nie dosięgają go żadne wyrzuty, pacjentów się oskarża o brak umiarkowania i w ogóle zrzuca winę na tych, co zmarli”[4].

Doprowadziło to do wypędzenia astrologów, a wśród nich lekarzy, z Rzymu. Pomiędzy licznymi szkołami istniały spory i waśnie, podobnie zresztą jak pomiędzy filozofami. O zacietrzewieniu pomiędzy szkołami lekarskimi napisze Galen: „Łatwiej byłoby przekonać uczniów Mojżesza i Chrystusa niż należących do szkół lekarzy i filozofów".

Ale choć lekarzy z prawdziwego zdarzenia nie było wielu, poznawano się na nich i czasem nawet tak bardzo doceniano, że wyzwalano. Jednak sam zawód lekarza szacowano nisko.

3. Asklepiades i metodycy

W 91 roku przed Chr. zjawił się w Rzymie Grek, który dał początek nowej erze rzymskiej medycyny i zdołał podnieść prestiż lekarza. Był nim Asklepiades. Sam miał wykształcenie greckie, ale odrzucił medycynę grecką. Swą teorię oparł, jak wszyscy metodycy, na atomowej budowie świata: ciało człowieka składa się z atomów i kanałów (porów). O ich istnieniu przekonuje nas nasze ciało, pokryte kropelkami potu; budowa atomów, stanowiących ludzkie ciało, jest zróżnicowana. Stan zdrowia jest warunkowany równowagą pomiędzy atomami lub jej brakiem. Nie ma zatem żadnych cieczy, czyli humorów. Całe ciało jest zbudowane z elementów stałych. Stały albo twardy to po łacinie *solidus*, stąd nazwa dla całej teorii: patologia solidarna.

Przypomnijmy, istnieją trzy stany warunkujące chorobę: stan napięcia, stan rozluźnienia i stan mieszany. W tej sytuacji leczenie jest niezwykle proste, ogranicza się, w zależności od potrzeby, do podawania środków rozwalniających, ściągających lub pobudzających. Skoro leczenie jest takie proste, całą naukę można ograniczyć do kilku miesięcy.

Rzymianom, mającym kompleks niższości wobec Greków, radość sprawiało, gdy Asklepiades kpił sobie z greckiej medycyny. To, co było jej fundamentem, czyli obserwowanie chorego, nazwał rozważaniem śmierci (*meditatio mortis*). Doraźne sukcesy sprawiły, że przestał uznawać naturę za siłę leczącą. Nie natura działa, lecz lekarz. A powinien działać: *cito, tuto et jucunde*, a zatem szybko, pewnie, a ponadto przyjemnie. Dlatego serwował pacjentom to, czego oczekiwali. Nie jest to najlepszy sposób pozyskiwania ich przychylności, a z nią popularności, i co za tym idzie (u wolno praktykujących lekarzy) – mamony? Problem reklamiarstwa w medycynie nie jest niczym nowym, pojawia się tylko w różnych formach. Czy nie można było lepiej pozyskać względów Rzymian, zalecając im jako lekarstwo – wino? To przecież w starożytnym Rzymie twierdzono:

Vina bibunt homines
Animalia cetera fontes

Ludzie piją wino,
pozostałe stworzenia – wodę źródlaną.

Wino pod różnymi postaciami podawał zatem lekarz, a nadto

zalecał dietę, ruch na świeżym powietrzu i cały zespół zabiegów, który określa się jako wodolecznictwo.

Opowiadano, że Asklepiades napotkał raz pochód żałobny, idący przez ulice Rzymu: ciało pokryte całunem, pachołkowie z pochodniami, lamentacje. Zatrzymał ich, kazał odsłonić zwłoki, spojrzał i orzekł: Ten człowiek nie umarł! I rzeczywiście ożywił go. Czyżby to była pierwsza resuscytacja? Pliniusz kwituje to zdarzenie krótko: *Miserable artificium*. Żałosne przedstawienie dla efektu? Wykluczyć nie można.

Inną jeszcze – tym razem chwalebną zasługę przypisuje się Asklepiadesowi. Widząc człowieka dławiącego się, wziął nóż i naciął tchawicę, ratując mu w ten sposób życie. Zatem szybkie działanie jest skuteczne. Ten sukces mógł zaważyć na dalszym jego postępowaniu. Tak dzieje się i dziś: pierwsze sukcesy przewracają w głowie. A potem się mówi: Głupi jak młody chirurg (to powiedzenie nie pochodzi od autora!), co przecież odnieść można do wszystkich młodych lekarzy. Pewien doświadczony lekarz powiedział: Nigdy nie byłem tak mądry, jak w dwa lata po dyplomie. Stwierdzenie warte rozważenia.

Jakkolwiek metodycy nie zyskali sobie dobrej sławy w oczach poważnych lekarzy, a uczniów Tessala, jednego z najsłynniejszych nauczycieli tej szkoły, Galen nazwał „osłami Tessala", to przecież nie byli oni pozbawieni zasług dla rozwoju medycyny. Później wypadnie nam jeszcze do nich powrócić i oddać im sprawiedliwość.

4. Encyklopedyści

Niechęć Rzymian do Greków, wśród których byli uzdrawiacze i chirurdzy różnego autoramentu, w dużej mierze była zrozumiała. Ale to odniesienie do praktyków, z czasem, w miarę rozwoju nauk, nie przeniosło się na samą medycynę jako naukę. Początkowo wszakże, chcąc nie chcąc, trzeba było to i owo przyjąć od Greków. Ślady tego mamy do dziś w nomenklaturze medycznej. O ile język łaciński nie mógł istnieć bez podstawowych nazw anatomicznych: ramię (*humerus*), staw (*articulatio*), źrenica (*pupilla*) etc., oraz zjawisk dnia codziennego, jak: złamanie (*fractura*), zwichnięcie (*luxatio*), przetoka (*fistula*), czyrak (*furunculus*), o tyle mniej powszechne zjawiska patologiczne należą do medycyny greckiej i Rzymianie przejęli je w dosłownym brzmieniu. Stąd mamy greckie: *carcinoma* (rak), *dispepsia* (zaburzenia trawienne), *pneumonia* (zapalenie płuc), *peripneumonia* (zapalenie opłucnej), *glaukoma* (jaskra). Co ciekawsze, nawet tam, gdzie istnieją łacińskie nazwy, jak *ventriculus* – żołądek, w niektórych zestawieniach powraca się do greckich nazw; stąd zapalenie żołądka – *gastritis*, a lekarz zajmujący się chorobami żołądka – gastrolog.

Podziw odnosił się przede wszystkim do myśli greckiej. Idąc za Arystotelesem, zainteresowanie przyrodą i człowiekiem w świecie przyrody objęło ówczesne kręgi intelektualne spośród patrycjatu. Stąd już krok do medycyny. Nawet u Cycerona widzimy wyraźne zainteresowanie anatomią człowieka. W dziele *De natura deorum*, w II księdze pisze „O budowie ciała ludzkiego" z uzasadnieniem: „Łatwiej będzie zrozumieć, że bogowie nieśmiertelni dobrze wyposażyli ludzi, jeśli dobrze się pozna budowę ciała ludzkiego, cały jego kształt i doskonałość".

Do tego rozdziału odniesie się w przyszłości Wojciech Nowopolski, autor pierwszego podręcznika anatomii w Polsce pt. *Fabricatio hominis* (1551).

Intelektualistów, którzy pozostawili w zakresie medycyny obszerne kompilacje, nazwano encyklopedystami. Czy zajmowali się czynnie medycyną nie wiemy, ale ich dzieła, zwłaszcza w przypadku Celsusa i Dioskoridesa, odegrały ogromną rolę jeszcze w czasach nowożytnych.

A. Cornelius Celsus (53 r. przed Chr. – 7 r. po Chr.)

Pochodził ze znakomitej rodziny patrycjuszowskiej, zatem nie musiał zajmować się leczeniem, choć istnieją przesłanki, że chorych oglądał i efekty leczenia obserwował. Był zatem, zapewne na wzór Katona Starszego, lekarzem swojej – w szerokim znaczeniu tego słowa – rodziny, tj. ludzi mu poddanych i dla niego pracujących. Już starożytni podziwiali jego ogromną wiedzę, stąd nazywano go „Hippocrates latinus", a dzięki klarownemu, czystemu stylowi, którym dorównywał Cyceronowi – „Cicero medicus".

Z ogromnego dzieła encyklopedycznego, którego był autorem, obejmującego liczne dziedziny wiedzy, pozostało osiem ksiąg o medycynie (*De medicina libri octo*). Stanowi ono kompendium wiedzy o człowieku zdrowym i chorym, o chorobach i ich leczeniu, lekach i zaopatrywaniu ran, o złamaniach i zwichnięciach. Celsus znał już, a może nawet to on ustalił cztery cechy zapalenia: zaczerwienienie – *rubor*, gorączość – *calor*, obrzmienie – *tumor,* bolesność – *dolor*. Do tych cech doda potem Galen jeszcze jedną:

upośledzenie czynności – *functio laesa*. W amputacji kończyn zalecał cięcie koliste (obowiązujące do dziś) i przeprowadzanie amputacji w zakresie zdrowych tkanek. Celsus znał też podwiązywanie naczyń, o czym medycyna zapomni na długie stulecia, wiedział jak operować zaćmę i przepuklinę, jak usuwać kamień z pęcherza wykonując cięcie, które do naszych jeszcze czasów nazywać się będzie cięciem Celsusowym. Nie były mu obce elementy chirurgii plastycznej.

Henryk Łuczkiewicz, doktor medycyny i chirurgii, nadto profesor patologii i historii medycyny Uniwersytetu Warszawskiego, który dostarczył polskiemu czytelnikowi przekład dzieła Celsusa, był jednym z nielicznych lekarzy ery nowożytnej, którzy doceniali rolę tej lektury dla współczesnego lekarza. W słowach uznania pisał o jego dziele:

> „Pouczającym nade wszystko jest wzniosłe, szlachetne pojęcie Celsusa o humanitarnym znaczeniu medycyny i szczytnym powołaniu lekarza; jego sumienność w udzielaniu rad i troskliwość o zdrowie chorego; staranie uchylenia choroby sposobem dietetycznym i wstrzemięźliwość w podawaniu lekarstw; pomijanie wszelkich zabobonów, przesądów, guseł, którymi przepełnione są dzieła lekarzy arabskich i średniowiecznych (chociaż przy sposobności wspomina o środkach ludowych); wreszcie żądanie, ażeby lekarz, opierając się na znajomości budowy ciała i teorii, zbierał *postrzeżenia o działaniu lekarstw*, a nie uprzedzał się rozumowaniem, albowiem »nec *post rationem* medicinam esse inventam, sed *post inventam* medicinam rationem esse quaesitam«”[5].

Jakże aktualne stwierdzenie; przecież i w naszych czasach próbuje się dopasować praktykę do teoretycznych założeń.

Pożytek z dzieła Celsusa musiał być widoczny, skoro z całego jego dorobku zachowało się tylko te osiem ksiąg o medycynie.

Z czysto praktycznego punktu widzenia były najbardziej potrzebne, a stąd przepisywane i kopiowane niezliczoną ilość razy; dlatego się zachowały. Później, po wynalezieniu druku, ta potrzeba się potwierdzi licznymi wydaniami książkowymi. Zaczytywał się nim w XVI wieku Fabricius ab Aquapendente i zalecał innym: *Admirabilis in omnibus Celsus, quem nocturna versare manu, versare diurna consulo* (Godnym podziwu jest we wszystkim Celsus, którego zalecam czytać dniem i nocą).

Należy wiedzieć, że w II wieku po Chr. żył pogański filozof o tym samym nazwisku: Celsus. Był on autorem *Słowa prawdziwego*, pierwszego dzieła przeciw chrześcijaństwu, które uważał za barbarzyńskie i nierozumne, dobre dla ludzi niższego stanu. Spotkał się z repliką Orygenesa.

Pliniusz (23/24–79)

Gajusz Pliniusz Secundus, zwany też Pliniuszem Starszym, jest autorem dzieła o przyrodoznawstwie *Historia naturalis*, która to nazwa utrwaliła się do naszych czasów, choć pod słowem „historia" rozumiemy coś zupełnie innego. W Encyklopedii Orgelbranda możemy przeczytać o historii naturalnej: „Jest to część nauk przyrodzonych, która się zajmuje badaniem właściwości i przemian ciał natury uważanych w szczególności, w przeciwieństwie do astronomii, fizyki i chemii, które się zajmowały badaniem ciał natury w ogólności" (Warszawa 1878). Dziś pewnie określono by to inaczej, ale istota rzeczy pozostała ta sama.

Układ dzieła Pliniusza jest logiczny, a zakres wiadomości daleko szerszy niż można by się spodziewać, obejmuje bowiem astronomię i geografię, psychologię i dzieła sztuki oraz – rzecz jasna – świat przyrody ożywionej: człowiek, zwierzęta, rośliny i minerały. Dla medycyny najważniejsza jest księga XI o anatomii oraz księgi XXII–XXX o medycynie i magii.

Przedmiotem anatomicznych zainteresowań Pliniusza jest mózg, serce, oko, wpływ rodzaju skóry na psychikę, zasady właściwego odżywiania się etc. Oto co pisze o sercu:

> „Serce u zwierząt znajduje się na ogół w środku piersi, tylko u człowieka poniżej lewej brodawki piersiowej; ma kształt stożka, końcem zwróconego naprzód, jedynie u ryb jest skierowane w stronę pyszczka. Ono podobno jako pierwsze kształtuje się u płodu w łonie matki, potem dopiero mózg, a najpóźniej oczy; te ostatnie znów najwcześniej zamierają, a serce najpóźniej. Ma ono stale wysoką temperaturę. Wyraźnie bije i porusza się, jakby istota żywa w innej żywej istocie, okryte bardzo miękką, a mocną osłoną z błony, ochronione murem żeber i piersi, aby tworzyć właściwą przyczynę i początek życia. Jest pierwszym siedliskiem duszy i krwi w swoim fałdzistym wnętrzu, które u dużych zwierząt dzieli się na trzy komory, u niektórych na dwie. Tu jest też siedziba rozumu”[6].

W księgach poświęconych medycynie Pliniusz zajmuje się rolą leczniczą żywicy i wina, wartością leczniczą mleka kobiecego, historią medycyny, krytyką lekarzy (czemu daliśmy już wyraz), zabobonami. Mówiąc o zabobonach i magii, z obrzydzeniem odnosi się do leków pochodzących od człowieka:

> „[...] zbadamy, co on sam ma ku swojej pomocy. Ale zaraz spotykamy się z wypadkami ogromnie odrażającymi. Epileptycy piją wręcz krew gladiatorów, i to z żywych niby-pucharów. Widok taki, nawet jeśli czynią to dzikie zwierzęta na tejże arenie, budzi grozę! [...] Inni szukają ludzkiego szpiku kostnego i mózgu dzieci. Grecy nierzadko, mówiąc

> o poszczególnych wnętrznościach i członkach, określali ich smak, nie pomijając niczego, nawet obrzynków paznokci. Jak gdyby ze względu na zdrowie można było dopuścić do tego, by się z człowieka robiła dzika bestia, żeby sam zasłużył na chorobę, lecząc się w ten sposób! A przy tym, dalibóg, wszystko to może okazać się daremne, jeżeli lekarstwo nie pomoże. Patrzeć na ludzkie wnętrzności uchodzi za rzecz niegodną, cóż dopiero zjadać!”[7].

Świat przyrody składa się z trzech „królestw”: roślinnego, zwierzęcego i mineralnego. Tak je przedstawia, nie zapominając o ich właściwościach leczniczych.

Przy opisie świata roślin słusznie zarzuca Asklepiadesowi reklamiarstwo i to, że przypisuje roślinom właściwości magiczne, co nie jest przecież prawdą. Ludzie to łatwo stwierdzą, a wtedy ten brak zaufania przeniosą na właściwości lecznicze roślin, z ich własną szkodą. Sam jednak nie był wolny od podawania osobliwych właściwości różnych minerałów, np. żelaza:

> „Medycyna ma pożytek z żelaza nie tylko w zastosowaniu do narzędzi chirurgicznych. Bo także zakreślenie żelazem kręgu dokoła kogoś albo trzykrotne obniesienie wkoło ostrego narzędzia pomaga zarówno dorosłym, jak i dzieciom przeciwko szkodliwym lekarstwom [...]. Nawet i rdza należy do lekarstw. [...] Zastosowana zewnętrznie leczy łysinę. [...] Bywa stosowana i na świeże rany, mianowicie rozpuszczona w winie i zaprawiona mirrą, przeciwko brodawkom zaś – z octem. Podagrę leczy również, zastosowana w formie okładu”[8].

Pliniusz nie wszedł do kanonu lektur uniwersyteckich, jak Hipokrates, Galen, Awicenna, ale jego dzieło, zdaniem L. Hajdukiewicza, „ze swymi błędami i zaletami, bogactwem prawdy i balastem fałszu zostawiło trwałe ślady na dziejach europejskiej nauki i kultury”[9]. Przez całe średniowiecze powstawały liczne kompendia, zwłaszcza medyczne, nawiązujące do niego. Darzyło

go zainteresowaniem Odrodzenie. Rękopis *Historii naturalnej*, zakupiony przez bpa krakowskiego (a od 1474 r. abpa Polski) Jakuba z Sienna, jest ozdobą zbiorów rękopiśmiennych Biblioteki Jagiellońskiej. Ślady lektury Pliniusza można znaleźć u Kadłubka i Długosza. Zaczytywał się nim Kopernik. Wyraźne zapożyczenia są w polskich herbarzach. Również pewne powiedzenia starożytnych, jak: *cum grano salis* (z odrobiną soli, tj. z domieszką dowcipu), *nulla dies sine Linea* (nie ma dnia bez postępu w pracy) utrwaliły się przez lekturę Pliniusza.

Scribonius Largus (I w. po Chr.)

Niewielkie jego dzieło *Compositiones medicamentorum* dotyczy wyłącznie leków i stanowi prototyp późniejszych lekospisów, czyli dispensatoriów i farmakopei. Stąd znalazł się on w historii farmacji. Recepty leków podane są według poszczególnych części ciała, poczynając od głowy, aż do stóp, czyli *a capite ad calcem*. Nie śmiej się, Czytelniku! Zróżnicowanie na poszczególne choroby lub grupy chorób, co dziś jest tak oczywiste, kształtowało się nie przez lata, ale przez wieki, w miarę odkrywania coraz to nowych patomechanizmów i przyczyn powstawania chorób. Znał już driakiew – teriak (gr. *theriaké* – odtrutka przeciw jadowitym zwierzętom), czyli rodzaj dawnego uniwersalnego środka, który przez długi czas będzie towarzyszył ludzkości.

Dioskurides (I w. po Chr.)

Wiemy o nim, że był botanikiem i lekarzem legionów rzymskich i z tej okazji zwiedził cały ówczesny świat antyczny. A że czasu nie

marnował, wszędzie gdzie był zbierał okazy do swego wybitnego dzieła *Materia medica*. Nazwa ta utrwali się na stulecia na określenie surowców leczniczych.

W opisie roślin, a te stanowiły trzon jego dzieła, był daleko bardziej krytyczny niż Pliniusz. Uwzględniał synonimy, podawał sposób przechowywania, sporządzania lekarstw i dawkowania. Ponadto opisał, jak otrzymać czysty owczy tłuszcz – lanolinę i jak przeprowadzić destylację.

Dzieło Dioskuridesa przerobił Galen, potem bizantyński lekarz Oribasius, docenili go lekarze arabscy i przetłumaczyli, chociaż nie znali odpowiedników arabskich nazw greckich i narobili bałaganu. Wobec tego powołano w Kordobie komisję, która pracując całymi latami, doprowadziła do jakiego takiego uporządkowania dzieła, ale wyników nie opublikowała. Szkoda! Z czasem pojawiły się ilustracje. Po otwarciu uniwersytetów dzieło Dioskuridesa stało się podstawowym podręcznikiem. Wkrótce po wynalezieniu druku ukazało się najpierw po grecku, potem po łacinie.

Mimo szlachetnych wysiłków nad uporządkowaniem dzieła Dioskuridesa, dziesiątki botaników trudziło się i trudzi (w aspekcie historycznym) nad ustaleniem właściwego nazewnictwa opisywanych przed wiekami roślin. W botanice istnieją utrwalone pomyłki. Uważa się np. powszechnie,że Sokrates został otruty cykutą, choć roślina ta nie rośnie w Grecji. Naprawdę został otruty szczywołem plamistym (*Conium maculatum*), ale nie brzmi to dostatecznie poważnie. Podobnie autor (niech mi Czytelnik wybaczy drobną anegdotę) uciekając się w dyskusji z przeciwnikami do najmocniejszego argumentu, nie mówi: *U mnie w ogrodzie rośnie szczywół*!, bo to nikogo by nie zainteresowało,

lecz: *U mnie w ogrodzie rośnie cykuta*! A to robi wrażenie. I tak się mimowolnie i dowolnie fałszuje historię.

5. Galen (130–201)

To niewątpliwie najwybitniejsza indywidualność i największy po Hipokratesie autorytet medycyny czasów starożytnych. Grek z pochodzenia, ale działający w Rzymie, stąd należy do kultury starożytnego Rzymu.

Galen urodził się w Małej Azji, w Pergamonie. Medycyny uczył się na miejscu, potem przez długie lata w Egipcie, w Aleksandrii. Tamtejsze szkoły anatomiczne i fizjologiczne wywarły wpływ na jego zainteresowania budową i czynnościami ciała ludzkiego. Do Rzymu przybył w czasie panowania Marka Aureliusza. Popędliwy i mówiący prawdę w oczy (*werediktus*), nie zyskiwał sobie przyjaciół. Pamiętamy, że stan uprawianej wówczas medycyny był niski, a świat roił się od konowałów i wydrwigroszów, którym wytykał nieuctwo. Natomiast sam umiał cenić swoje przygotowanie zawodowe, co i wtedy, i w naszych czasach nie jest mile widziane. Ale tam, gdzie potrzeba, był dostrzeżony – trafił na dwór cesarski jako osobisty lekarz cesarzy. To mu zapewniało godziwe życie; stąd też obok praktyki lekarskiej mógł się zajmować nauką.

Jego osiągnięcia w zakresie anatomii są znamienne, chociaż – wykonując sekcje zwierząt – przenosił obserwacje na człowieka.

Jego błędy wykrył dopiero Vesaliusz w XVI wieku.

Jeszcze większe znaczenie dla fizjologii miały jego eksperymenty na zwierzętach: w tętnicach płynie krew – nie powietrze (*pneuma*); mocz jest wytwarzany w nerkach, bowiem gdy się podwiąże moczowody – nie ma moczu w pęcherzu; ruch klatki piersiowej przy oddechu uzależniony jest od pracy mięśni; zaburzona funkcja serca nie ma wpływu na życie umysłowe; natomiast uraz mózgu wpływa na czynności nerwowe i umysłowe bardzo wyraźnie. Zatem serce nie jest siedliskiem duszy! Pierwsze, bardzo ważne w tym względzie stwierdzenie.

Galen jako lekarz

Galen, w spojrzeniu na chorobę i szukaniu jej przyczyn, jest wierny teorii humoralnej. Przypomnijmy: według Empedoklesa świat zbudowany jest z czterech żywiołów (elementów): powietrza, wody, ognia i ziemi. Mają one swe odpowiedniki w organizmie człowieka:

powietrze we krwi	*sanguis*
woda w śluzie	*phlegma*
ogień w żółtej żółci	*cholos*
ziemia w czarnej żółci	*melas cholos*.

Z nimi wiążą się odpowiednie cechy, czyli jakości elementarne. Tak zatem:

krew jest ciepła i wilgotna
śluz jest wilgotny i zimny
żółć jest ciepła i sucha
czarna żółć jest sucha i zimna.

Choroba jest wywołana nie tylko nadmiarem jednej cieczy: krwi, cholery, flegmy lub melancholii, ale też nadmiarem właściwości z nią związanych: ciepła, zimna, suchości lub wilgoci. W diagnozowaniu trzeba ustalić, który z tych czynników wymaga przeciwdziałania. Rzecz komplikuje fakt, że płeć i wiek mają swoje właściwości:

płeć: kobieta jest zimna i wilgotna,
mężczyzna jest ciepły i suchy,
dziecko wilgotne i ciepłe;

wiek: powietrze mnoży krew, więc charakteryzuje dzieciństwo,
ogień wzbudza żółć – panuje w młodości,
ziemia pędzi czarną żółć – przeważa w wieku starczym.

Jakby nie dość było czynników komplikujących rozeznanie w stanie chorego, dochodziła do tego jeszcze astrologia z jej powinowactwem do czterech elementów i jakości elementarnych. Tak więc (przykładowo): Koziorożec jest zimny, Ryby nie tylko zimne, ale i wilgotne, Wenus jest kobieca, zatem wilgotna i zimna, Mars zaś męski, a więc gorący i suchy. Właściwości lecznicze określa się *per analogiam*. Skoro siła barana jest w głowie, to Baran, jako znak zodiaku, pomyślny będzie w leczeniu chorób głowy; najsilniejszą częścią raka jest jego tułów – pomyślny będzie w leczeniu chorób piersi. Te poglądy, nazwane astropatologicznymi, nie ułatwiały ustalania rzeczywistego czynnika chorobotwórczego.

Na jednym z drzeworytów z *Herbarza*... (wydanego w 1568 r., a będącego przeróbką wcześniejszych prac Stefana Falimirza z 1534 r. i Hieronima Spiczyńskiego z 1542 r.) zasłużonego tłumacza i wydawcy polskich druków przyrodniczych Marcina

Siennika, lekarz odwiedzający chorego patrzy w gwiazdy, bowiem mikrokosmos, jakim jest człowiek, ma powiązanie z makrokosmosem i tam należy szukać rozwiązania zagadki jego choroby. Drugi osobnik szuka w książce odpowiedniego leku jako antidotum.

Jest to właściwe słowo, bowiem jeśli choroba jest wynikiem nadmiaru jednego z czynników (odpowiadających czterem żywiołom), to ustalić należy, który z nich potrzebuje przeciwdziałania. Leczenie bowiem odbywa się na zasadzie: *contraria contrariis curantur*. W składzie stosowanych leków również występują powietrze, ogień, woda lub ziemia z ich cechami. Niemałej subtelności i wiedzy wymaga dobór leków; raz ze względu na chorego i jego chorobę, dwa ze względu na inny równocześnie podawany lek. Leki bowiem działają nie tylko na organizm pacjenta, ale również wzajemnie na siebie. Dodając nowy lek, starano się złagodzić którąś z niepożądanych cech poprzedniego.

To samo dotyczy pokarmów. Dieta w rozumieniu starożytnych lekarzy ma w leczeniu istotne znaczenie. Odpowiednio dobrane pokarmy służą do likwidacji choroby. Pokarmy bowiem, tak jak leki, również składają się z czterech elementów i mają przypisane im właściwości. Przykładowo: mięta jest zimna, a pieprz i papryka gorące, cynamon piekący i słodki, bo ma przewagę ognia i powietrza etc.

Autorytet Galena przetrwał wieki. Nic więc dziwnego, że jego poglądy widzimy u średniowiecznych autorów. Hildegarda z Bingen pisała:

> „W człowieku [...] są żywioły, mianowicie ogień, powietrze, ziemia i woda i te używają swej siły na człowieku [...]. Gdy [...] płyny w człowieku zachowują właściwy porządek i prawidłową miarę, znajduje się on w stanie spokoju i zdrowia. Jeśli się jednak wzajemnie zwalczają, czynią go [...] słabym i chorym. [...]
> Ogniowi zawdzięcza on wzrok, powietrzu słuch, wodzie ruch, a ziemi chód swój [...]. Z jednego tylko, dwóch albo trzech soków nie może składać się człowiek. Potrzeba mu czterech, ażeby się one wzajemnie regulowały. Tak też i ziemia składa się z czterech żywiołów, które harmonijnie współdziałają”[10].

Z takiego też założenia wypływa rozumienie zdrowia i choroby oraz wskazania lecznicze. Inny przykład:

> „O bólach połowy głowy. Także bóle w jednej połowie głowy, wywodzą się jak i inne z czarnej żółci i wszystkich złych soków, które są w człowieku. Kiedy tych soków jest za dużo, ból zajmuje prawą połówkę głowy, a kiedy jest za dużo czarnej żółci lewą stronę głowy. Bóle te są tak silne, że człowiek nie wytrzymałby, kiedy zajęłyby ją całą. Ciężko jest tego bólu się pozbyć, bo co usuwa czarną żółć porusza złe soki, a wszystko, co złe soki uspokaja, porusza i wzmacnia czarną żółć. Uspokoić złe soki i czarną żółć równocześnie jest ciężko”[11].

W czasach Galena podejmowano próby usystematyzowania wiedzy o człowieku i jego chorobie. Wiemy, co to znaczy, że człowiek jest chory, ale nie wiemy, jakie są uwarunkowania występowania choroby: czy znajdują się w człowieku, czy poza człowiekiem? Istnieją bowiem dwie możliwości: albo przyczyna leży w człowieku, albo w zewnętrznym czynniku tę chorobę wywołującym.

Tak zatem:

	Człowiek	+	choroba = chory człowiek
1.	zawsze taki sam		różne czynniki chorobowe
2.	różne typy ludzi		ten sam czynnik chorobowy

Przyjęto drugą wersję: istnieją różne typy ludzkie, o różnej reakcji i one mają znaczenie dla pojawienia się takiej lub innej choroby. Każdy człowiek jest co prawda jednostką niepowtarzalną i ma indywidualną konstytucję, o czym wiedział już Hipokrates i dlatego zachęcał do leczenia indywidualnego, ale prawdą też jest, że ludzie bywają do siebie podobni i to zarówno pod względem fizycznym, jak i psychicznym, w zależności od dominacji jednego z płynów ustrojowych. Tak zrodziła się nauka o konstytucji.

Galen znał już 40 typów ludzkich, z których każdy formowany był przez supremację jednego z czterech podstawowych elementów z jego czterema cechami, z których każdy miał swe przeciwieństwa.

Nauka o konstytucji miała przemożny wpływ na myślenie lekarskie. Lekarz nie zadawał sobie pytania: Na jaką chorobę cierpi mój pacjent? lecz: Co za człowiek znajduje się przede mną?

Ten sposób myślenia, który zrodził się w starożytności, ugruntowali lekarze arabscy. To w ich nauce pojawiły się cztery podstawowe typy ludzkie: melancholik, flegmatyk, choleryk i sangwinik, a mało kto dziś zdaje sobie sprawę, że w tych nazwach pobrzmiewają znane już starożytnym Grekom cztery elementy, stanowiące skład ludzkiego ciała i ich właściwości.

Arabowie połączyli jeszcze naukę o konstytucji z astrologią. Każdy z podstawowych typów podlegał szczególnym wpływom

jednej z planet. Staliśmy się niejako dziećmi planet.

Medycyna w tej postaci przetrwała nie tylko do końca średniowiecza, ale niemal do progu XIX wieku. Trzeba o tym pamiętać, bo chociaż będziemy mówić o innych epokach, do tej teorii choroby nie będziemy już powracać. H.E. Sigerist napisał:

> „Istotną zmianę przyniesie renesans. Od tej pory będzie się powoli rozwijało nowe, ontologiczne wyobrażenie choroby, które dzięki Sydenhamowi uzyska pierwsze jasne sformułowanie, a stanie się bardziej precyzyjne na skutek badań anatomopatologicznych i poszukiwań etiologicznych. Człowiek w stosunku do choroby ustępuje na drugi plan. Nie systematyzuje się już ludzi, lecz choroby”[12].

Pisząc o Galenie jako lekarzu, trudno nie wspomnieć, że ówczesnym zwyczajem, który zresztą przetrwał długie wieki, sam sporządzał lekarstwa, co więcej, miał aptekę przy Via Sacra i pozostawił trwały ślad w historii farmacji. Do niedawna ta część farmacji, która dziś nazywa się farmacją stosowaną, nazywała się farmacją galenową, a sposób przyrządzania leków: preparatyką galenową. Niektóre preparaty roślinne i zwierzęce nazywa się do dziś środkami galenowymi (*galenica*).

Leki stosowane przez Galena pochodziły ze znanych trzech źródeł, tzn. roślin, zwierząt, minerałów. Roślin leczniczych znał prawie pięćset, ze środków zwierzęcych stosował tłuszcze, mleko, mięso; z minerałów: związki miedzi, żelaza, ołowiu, sól morską etc. Galenowi przypisać należy zasługę uporządkowania tych leków według ich właściwości. Tak zatem mamy:

1. *vomica* – leki wymiotne,
2. *purgativa* – przeczyszczające,
3. *antidiarrhoica* – przeciwbiegunkowe,
4. *diuretica* – moczopędne,
5. *narcotica* – usypiające.

Student zapoznający się z farmakologią i recepturą, a przy tej okazji z postaciami leków, będzie zaskoczony, że współczesne postacie leków i metody ich stosowania znane już były Galenowi. Mam tu na myśli: odwary (*decocta*), napary (*infusa*), pigułki (*pilulae*), proszek (*pulvis*), płukanki (*gargarisma*), czopki (*suppositoria*), mazidła (*linimenta*).

Jeśli ten dział farmacji niedawno przestał być nazywany farmacją galenową, to dlatego, że niektóre formy stosowanych dziś leków (płyny infuzyjne, leki podawane w zastrzykach) nie były, bo też nie mogły być znane Galenowi.

Galen jako filozof

Dorobek Galena w zakresie filozofii jest dostateczny, aby mógł uzyskać poczesne miejsce w jej historii. Niektóre jego pisma będą w okresie renesansu tłumaczone z greki na bardziej przystępną łacinę. Zwłaszcza przekład Józefa Strusia odznaczał się wybornym stylem. Zatrzymamy się nad jednym tylko z wielu pism filozoficznych Galena, ale o istotnym w kształtowaniu postawy lekarza znaczeniu, pod polskim tytułem *Jako lekarz doskonały jest zarazem filozofem.*

Troska o dobór uczniów

Problemem, który niepokoił starożytnych mistrzów medycyny, a zatem i Galena, a który pozostaje problemem otwartym do dziś, jest dobór nowych adeptów sztuki leczniczej. Martwił się o to już Hipokrates:

> „Kto pragnie dokładnie zbadać arkana sztuki lekarskiej, powinien posiadać następujące właściwości: wrodzoną skłonność, nabytą umiejętność, stosowne miejsce do studiów, odpowiednie wychowanie, pilność i cierpliwość na długi czas. Na pierwszym miejscu stoi wrodzona skłonność, gdy bowiem natura sama stawia opór, wszystko jest próżne; gdy jednak natura prawdziwą wskazuje drogę, studiowanie sztuki prowadzi do najlepszych wyników”[13].

Galen zaś pisał:

> „Znajduję więc, że wszystkie osiągnięcia istotne udają się ludziom dzięki zdolności i woli – komu zaś choćby jedno z tego dwojga nie dopisze, ten w sposób nieunikniony celu swego nie osiąga”[14].

Znaczy to, że kandydaci muszą mieć odpowiednie warunki zewnętrzne i predyspozycje wewnętrzne. Do warunków zewnętrznych należy bezwarunkowo zdrowie, które umożliwi przebrnięcie przez niełatwe studia i podjęcie trudu zawodowego. Ale jak wygląda ocena walorów wewnętrznych? Sprawa nie jest rozwiązana do dziś, bowiem nie wypracowano dotąd właściwego kryterium doboru kandydatów na studia lekarskie.

> „Szanse na studia medyczne mają tacy, którzy najlepiej zdadzą egzamin z fizyki, chemii i biologii. Bardzo to słuszne, ale dla tych, którzy będą rozwijać nauki medyczne. Jest jeszcze cała rzesza młodych ludzi, którzy chcą zwyczajnie leczyć. Są to takie »matki Teresy z Kalkuty«, które mają potrzebę niesienia pomocy, a na medycynę się nie dostają, bo oblewają test z fizyki”[15].

Zdanie egzaminów z wysoką lokatą jest jedynie oceną zasobu wiedzy, co jest zaledwie sprawdzianem dobrej pamięci. Ale czy to

już wystarcza? Jeśli komputer dokonuje wyboru na podstawie egzaminu testowego, może się przytrafić, że na studia zostanie przyjęty kandydat nie tylko o wyglądzie, ale i o manierach neandertalczyka. I co wtedy?

Doświadczenie uczy, że istnieje znaczne przekwalifikowanie młodzieży pomiędzy szkołą średnią a wyższą. Celujący uczniowie szkół średnich rzadko utrzymują równie wysoki poziom w szkole wyższej, i odwrotnie – słabi uczniowie dochodzą do katedr uniwersyteckich. Stąd z dużą ostrożnością należy podchodzić do ocen na świadectwie maturalnym.

Wytrwałość w dążeniu do rozpoczęcia studiów medycznych nie powinna być dyskwalifikowana. Słuszne jest dodawanie punktów z racji pracy zawodowej w zakładach Służby Zdrowia, która jest, jak dotąd, jedynym sprawdzianem prawdziwego zamiłowania do medycyny.

Czynnikiem, którego nie da się przewidzieć, jest pracowitość. Nowe warunki, w których się nagle znajdują uczniowie studiów medycznych, stają się probierzem ich dojrzałości.

> „Studia zaś należy odbywać rozumnie zawczasu przybywszy na miejsce, które się najlepiej do nauki nadaje. Niezbędna jest również wielka pilność na długi czas, aby wiedza, zapuściwszy głęboko korzenie, dobre i obfite wydała owoce”[16].

A wieki później Galen napisze o złych uczniach i złych lekarzach:

> „Chwalą oni Hipokratesa i za pierwszego go ze wszystkich lekarzy uważają, lecz raczej wszystko inne czynią, niż o to się starają, by w gronie jemu podobnych się znaleźć. [...] Hipokrates uważa za słuszne znać dokładnie naturę ciała, nazywając to początkiem wszelkiej wiedzy lekarskiej. [...] Nadto zachęcając nas do uprawy myślenia logicznego, powiedział, że lekarzom, nie umiejącym rozróżniać rodzajów i gatunków

> chorób, zdarza się rozminąć ze swym celem, którym jest leczenie – dzisiejsi zaś lekarze tak dalecy są od uprawy logiki, że nawet tych, co ją uprawiają, oskarżają o zajmowanie się rzeczami bezużytecznymi”[17].

A zatem wymagania sięgają dalej niż kryterium dobrej pamięci.

Istnieje jeszcze jedno niebezpieczeństwo, wynikające już ze wstępnego dobrego lub złego założenia, które się ujawnia zazwyczaj późno. Galen pisał z oburzeniem:

> „Temu jednak, kto wziął sobie za zasadę, że bogactwo od cnoty jest więcej warte, i jest przekonany, że sztuka lekarska istnieje nie dla ludzkiego dobra, lecz dla robienia pieniędzy, nie jest zgoła możliwym właściwy cel tej sztuki osiągnąć. Niepodobna bowiem jednocześnie i pieniądze zbierać i sztukę tak wzniosłą uprawiać, lecz musi się z konieczności pogardzić jednym, za drugim goniąc zbyt namiętnie”[18].

Że obawy te odnosiły się nie tylko do starożytności, ale właściwe są i naszym czasom, przekonuje nas lektura codziennej prasy polskiej i obcej.

> „Praojciec naszej nauki, Hipokrates, twierdził, że najpierwszym warunkiem przy wyborze zawodu lekarskiego powinno być wrodzone usposobienie. Jakże często o tej prawdzie zapominamy! Dziś uczeń, wstępujący na medycynę, wszystko rozważa, lecz rzadko zapytuje siebie, czy dość będzie miał hartu duszy, aby podołać ciężkim, a wzniosłym zadaniom lekarza”.

Ten cytat z *Aforyzmów* Władysława Biegańskiego jest łącznikiem pomiędzy starożytnością a czasami współczesnymi w tej samej trosce o dobór właściwych uczniów medycyny.

Przed stu laty Antoni Wrzosek przestrzegał w swojej *Propedeutyce lekarskiej*: „Kto nie czuje w sobie powołania na lekarza, kto nie jest gotów służyć cierpiącym bliźnim bez względu na zyski materialne, ten niech nie obiera sobie zawodu lekarza”[19].

Zatem nic nowego pod słońcem.

Tenże uczony, analizując studia lekarskie, uwzględnia takie czynniki, które rzadko uświadamiamy studentom:

(a) praca nad studiami;

(b) kształtowanie woli i doskonalenie uczuć;

(c) zwalczanie wad charakteru.

Ad a. Studia medyczne w samym założeniu powinny być czymś więcej niż wrzucaniem wiadomości i odbieraniem wiadomości. Tę potrzebę widzą klinicyści.

O potrzebie filozofii, zwłaszcza logiki w wykształceniu lekarskim, wiedzieli starożytni i dlatego skutkami jej braku nie byliby zaskoczeni.

Dostatecznie wcześnie należy uświadomić medyka, że różnica pomiędzy studentem pierwszego roku studiów a studentem odbierającym z rąk rektora absolutorium nie polega li tylko na zasobie wiadomości, ale też na sposobie myślenia.

Ad b. Na drugim miejscu kładzie Wrzosek potrzebę kształcenia woli i doskonalenie uczuć. Starożytnym uczniom medycyny daleko łatwiej było sprawdzić swe predyspozycje psychiczne, ponieważ od razu byli angażowani w pomoc chorym. Dzisiejszy student jest odsunięty od pacjenta na kilka lat przeznaczonych na przygotowanie teoretyczne. Ale czy studentom mówimy o potrzebie samowychowania, czyli o pracy nad sobą?

Wiedza przekazywana zgodnie z programem studiów oraz osobista refleksja stanowią rękojmię przekształcania się osoby w osobowość.

Niepoślednią rolę wychowawczą spełniał mistrz. Uczeń starożytny spędzał z nim całe dnie. Współczesnego ucznia pozbawia się oglądania mistrza w czasie wykładów i podczas egzaminów, które zastępują bezosobowe testy. O ten wzorzec osobowości upominał się papież Jan Paweł II w jednym ze swoich wystąpień (Bolonia, 1982):

> „Doświadczenie uczy, jak ważne są postacie prawdziwych mistrzów nie tylko dla przekazywania wiadomości i metody studiów, ale także dla głębokiej pasji prawdy, pobudzającego pracę badawczą zaangażowania moralnego".

Jednak skąd wziąć same świetlane wzory? Pocieszeniem jest, że nie tylko dobre przykłady nas wychowują. Wzory pozytywne można podziwiać, trudniej naśladować. Natomiast wzory negatywne są ostrzeżeniem, czego nie należy robić i od czego trzeba odejść. Ale, tak czy tak, kontakt ucznia z wychowawcą jest konieczny.

Ad c. Wreszcie trafna jest uwaga Wrzoska, że każdy adept medycyny, a zatem każdy z nas przychodzi na studia ukształtowany przez środowisko, które go wydało. Istnieje potrzeba rozwijania cech pozytywnych, a eliminacji negatywnych. Nie odpowiadamy za to, kiedy i gdzie urodziliśmy się, ale za to, co z naszym życiem zrobiliśmy. Ci z rodzin proletariackich osiągają czasem społeczne szczyty, dzieci z rodzin profesorskich nie dochodzą do niczego. Bo ta droga wymaga wysiłku. Zauważmy, że jeśli studenci wyższych lat używają jeszcze wulgarnych wyrazów, zdradzając tym samym swoje niskie społecznie pochodzenie, to znaczy, że przez lata studiów ograniczali się do zdawania kolokwiów i egzaminów i nic nie zrobili w zakresie

samowychowania. Zatem nie powinni byli w ogóle znaleźć się na medycynie.

Czy wobec tego, co powyżej zostało powiedziane, tekst Hipokratesa nie brzmi nader aktualnie:

> „Studia nad sztuką lekarską podobny przedstawiają widok, jak rozwijające się z ziemi rośliny. Natura bowiem nasza jest jak ziemia; przepisy nauczycieli są jak nasiona; nauczanie zaś w odpowiednim czasie jest jak rzucenie w porę nasion na rolę; miejsce zaś, gdzie się nauka odbywa, jest jak pielęgnowanie roślin stosownie do otaczającego klimatu; pilność jest jak uprawa roli; czas zaś wszystko umacnia, aby w końcu dobry plon wydało”[20].

O wyglądzie lekarza

Autorytet lekarza i budowanie zaufania chorego nie opiera się na wyglądzie lekarza, ale od niego się bezwzględnie zaczyna. Nie jest zatem rzeczą obojętną, jak lekarz wygląda. Wygląd lekarza w kulturach prymitywnych podyktowany był potrzebami chorych. Maska o przerażającym wyglądzie, zaśpiewy, okadzanie i różne akcesoria nie były rzeczą przypadku, lecz sposobem oddziaływania na chorych. W późniejszych epokach, w miarę wzrostu cywilizacji i innego spojrzenia na przyczyny chorób, wygląd zewnętrzny lekarza zupełnie zmienia się, ale nie dezaktualizuje. O czystość i estetyczną schludność lekarza upominał się w literaturze hinduskiej Susruta, dopominał się Hipokrates i w ślad za nim Galen. Problem ten pojawił się później jeszcze w szkole salernitańskiej. Średniowiecze narzuciło doktorom odpowiedni strój i nieodłączną laskę (laseczka w ręku magika ma być tego reliktem). Kształtowanie się zawodu lekarskiego w czasach

nowożytnych narzuciło im odpowiedni styl bycia i wygląd (znany z obrazów i portretów). Lekarze starszej generacji zapuszczali brody, by dodać sobie powagi, młodsi dziś robią to samo dla mody. Wzór narzucali koryfeusze medycyny. Kazimierz Kostanecki, który kształtował świadomość pierwszorocznych medyków, pozostał w pamięci swych wychowanków jako *arbiter elegantiarum*. Maksymilian Rutkowski „bardzo wysoki, barczysty, piękna głowa i przede wszystkim oczy głęboko i uważnie spoglądające, zawsze dbał o estetyczny, porządny wygląd". Takim go zapamiętał Józef Bogusz i wszyscy, którzy się z nim zetknęli. Jan Nielubowicz, również chirurg, pilnował, żeby lekarze porządnie wyglądali: „Lekarz powinien tak się ubierać, jak do kościoła czy na wizytę. Pan doktor powinien chodzić w krawacie".

Aseptyka zmieniła powierzchowność lekarzy, ubierając ich w białą, z czasem kolorową, płócienną bieliznę. Ale dbałość o wygląd istniała zawsze i była stałym elementem w wychowaniu lekarza.

A jak wygląda współczesny lekarz w Afryce? Pisze o tym chirurg Wiesław Nasiłowski:

> „Dawny rodzimy czarownik [...] nosił obrzydliwą maskę budzącą grozę w umyśle pierwotnych ludzi, wykonywał diabelskie skoki i odprawiał tajemnicze nabożeństwo – a doktor zakłada maskę z gazy na nos, biały fartuch, myje sobie ręce i wymawia w czasie operacyjnej uroczystości tajemnicze słowa po francusku, po łacinie, względnie nawet po polsku (np. *cholera jasna*!)"[21].

I tak koło się zamyka, ale problem pozostaje. Bywa też, że afrykańscy lekarze nie mogą się nadziwić, dlaczego ich kolega z Polski przychodzi do kliniki tak niechlujnie ubrany.

W krakowskiej klinice chirurgicznej przed laty widoczne było hasło (świadczące o potrzebie estetycznego wyglądu lekarza):

Medicus debet esse odorans et elegans

Lekarz powinien być pachnący i wytworny.

Dziś można mieć zastrzeżenia co do zapachu. Sam Galen uprzedzał lekarzy, by nie jedli ani czosnku, ani cebuli. Prof. Bogusz zdecydowanie zabraniał używania pachnących kosmetyków, nawet pachnącego mydła, z uzasadnieniem: To może przeszkadzać chorym! I miał rację. Warto może w tym miejscu przypomnieć starożytne przysłowie:

Bene olet, qui non olet

Dobrze pachnie, kogo nie czuć.

I do tego, w kwestii zapachów, można się ograniczyć. Natomiast nie wolno zrezygnować ze stawiania wymagań przyszłym lekarzom. Czego jesteśmy świadkami? Wyperfumowany personel, pielęgniarki wykonujące zabiegi upierścienionymi rękami, „szpilki" pani ordynator, za długie szponowate paznokcie etc. To wszystko wskazuje, że kiedyś, w latach studiów nie wymagano od nas zbyt wiele i dlatego teraz my sami nie wymagamy tego wszystkiego od młodszego pokolenia.

W serialu telewizyjnym, którego akcja toczy się w szpitalu, panie „doktorki" i panowie doktorzy chodzą w niezapiętych płaszczach lekarskich. Czy to ich naśladuje nasz biały personel, czy odwrotnie aktorzy podpatrują nasze rozmemłane panie i nie całkiem dopiętych panów. (Dawniej, w pewnych

miejscach, czytało się napis: „Garderobę należy uzupełnić na miejscu”. Dziś to powinno pojawić się w dyżurkach lekarskich). W GS-ie w Zabierzowie dziewczyny zakładały chałaty tak, żeby nie zasłaniać biustu (i owszem, czasem było na co popatrzeć), ale czy dziewczyny z GS-u mają być wzorem dla świata lekarskiego, czy odwrotnie?

Gdy przed laty kobiety z trudem zdobywały miejsca na wydziałach lekarskich, starzy eskulapi rozrywali szaty na myśl o „dziwolągu kobiecie lekarzu”. Nie przewidzieli, że tak dobrze spiszą się w pediatrii, ginekologii dziecięcej oraz innych dziedzinach. Natomiast, gdyby tylko mogli objąć wyobraźnią fenomen kobiety-lekarza, zapewne postawiliby im te wymagania, o których pisze św. Piotr (1 P 3, 1–6), a mianowicie:

> *Ich ozdobą niech będzie nie to co zewnętrzne: uczesanie włosów i złote pierścienie ani strojenie się w suknie, ale wnętrze serca człowieka o nienaruszalnym spokoju i łagodności ducha, który jest tak cenny wobec Boga.*

Warto wiedzieć, że Galen, który zajął poczesne miejsce również w historii filozofii, w swoich pismach przekazał kilka uwag na temat chrześcijan. W jednym z tekstów tak ich charakteryzuje:

> „Postępują oni czasami jak prawdziwi filozofowie, bowiem mamy przed oczyma ich pogardę śmierci oraz to, że z powodu skromności powstrzymują się od życia płciowego [...]. Są pomiędzy nimi również i tacy, którzy tak postępują w ascezie duchowej i w surowej dyscyplinie wewnętrznej, że zaiste nie ustępują prawdziwym filozofom”[22].

Galen nie był politeistą, nigdy się nie zwracał do bóstw, lecz wierzył w jednego, bliżej nieokreślonego Boga. Nie znaczy to, że był chrześcijaninem.

Przypisy

[1] Cyt. za: Pliniusz, *Historia naturalna*, opr. I. i T. Zawadzcy, Bibl. Nar., s. II, nr 128, Ossolineum, Wrocław–Kraków 1961, s. 245.

[2] Horacy, *Dwadzieścia dwie ody*, przekł. A. Ważyk, Bibl. Nar., s. II, nr 232, Ossolineum, Wrocław–Warszawa–Kraków 1991, s. 56.

[3] T.F. Ormiński, *Hymen wesoły aktowi weselnemu*..., Kraków 1692.

[4] Pliniusz, *Historia naturalna*, s. 247.

[5] *A. Korneliusza Celsa o lecznictwie ksiąg ośmioro*, przekł. H. Łuczkiewicz, druk. W. Szulc, Kasa Mianowskiego, Warszawa 1889, s. X.

[6] Pliniusz, *Historia naturalna*..., s. 159.

[7] Tamże, s. 224.

[8] Tamże, s. 368.

[9] L. Hajdukiewicz, *Wpływ Pliniusza w Europie*, [w:] Pliniusz, *Historia naturalna*, s. XLV.

[10] Hildegarda z Bingen, *Sentencje i porady na każdy dzień*, tłum. D. Polańska, O. Piotrowski, Księgarnia św. Wojciecha, Poznań 1998, s. 50, 51.

[11] H. Posch, *Co to jest medycyna Hildegardy*?, tłum. J.A. Eckl, „Czuwajmy", Kraków 2001, s. 102.

[12] H.E. Sigerist, *Einführung in die Medizin*, G. Thieme, Lipsk 1931, s. 257.

[13] *Przysięga i przykazania hipokratesowe*, tłum. G. Piankówna, Warszawa 1931, Przykazanie nr 2 [przedruk: „Gazeta Lekarska" 2002, nr 10].

[14] *Galena pismo „Jako lekarz doskonały jest zarazem filozofem"*, przekł. W. Klinger, AHiFM 1938, t. 17, s. 260.

[15] K. Gibiński, *Lekarze leczą śmierć* [rozmowa z prof. K.G.], [w:] *Dobry zawód*, red. K. Bochenek, D. Kortko, Znak, Kraków 2006, s. 19.

[16] *Przysięga i przykazania*..., Przykazanie nr 2.

[17] *Galena pismo*..., s. 259.

[18] Tamże, s. 261.

[19] A. Wrzosek, *Propedeutyka lekarska*, Warszawa 1913.

[20] *Przysięga i przykazania*..., Przykazanie nr 3.

[21] W. Nasiłowski, *Monganga znaczy lekarz*, Iskry, Warszawa 1968, s. 106.

[22] *Pierwsi świadkowie. Pisma Ojców Apostolskich*, przekł. A. Świderkówna, opr. M. Starowieyski, Wyd. M, Kraków 1998.

Muzy, bóstwa poetom pomocne, wy, które wszystko wiecie, dla których najodleglejsza przeszłość nie ma tajemnic, objawcie teraz, jak Eskulap stanął pośród patronów grodu Romulusa, na wyspie wodą Tybrową oblanej.

Straszna zaraza niegdyś zatruwała Lacjum, wszędzie walały się blade, bezkrwiste ciała dotknięte pomorem. Znużeni pogrzebami widzą ludzie, że na marne idzie wiedza i sztuka lekarska. Więc u bogów szukają pomocy, w niebie, udają się do Delf leżących w samym środku ziemi, by zasięgnąć świętej rady Apollina. Proszą, by im dopomógł w tak wielkim strapieniu, by sprawił koniec klęski.

Od razu zatrzęsła się ziemia i laur, i kołczan boski, i spod trójnogu rozległ się głos, który przeraził przybyszów.

– Po cóż tu szukasz rady, Rzymianinie, bliżej ci szukać. Nie Apollo w tej klęsce pomoże, ale syn Apollina. Idź więc w pokoju, spiesz do mego syna.

Gdy mądry senat rzymski o tej wróżbie się dowiedział, zaczyna szukać, gdzie czczą Apollinowego syna, wysyła posłów z wiatrem na brzeg Epidauru. Gdy tylko łódź szczęśliwie przybiła do brzegu,

poselstwo do starszyzny greckiej się udaje i prosi, by im darowali wizerunek boga, który, jak wyrocznia głosi, klęskę moru odegna.

Grecy różnią się w zdaniu, jedni utrzymują, że nie wolno w potrzebie odmawiać pomocy, inni zaś twierdzą, że oddawać bogów się nie godzi, niech im samym służą. Spór trwa, a tymczasem zmierzch rozpędził światło i ziemię całą ciemność ogarnęła.

Rzymianin śpi i widzi we śnie, że bóg pomocny staje koło jego łoża, był taki, jak w świątyni, kij wieśniaczy w dłoni, a drugą ręką gładzi długą brodę i tak łagodnym głosem się odzywa:

– Nie bój się, przyjdę. Opuszczę ołtarze. Patrz na węża, co wokół laski mi się wije, zapamiętaj go dobrze, abyś mógł rozpoznać. Ja sam w niego się wcielę, ale mnie zobaczysz w potężniejszej postaci, jak bogom przystało.

Ledwie przebrzmiał głos boga, z głosem sen uleciał. A był już świt, Aurora ostatnie gwiazdy gasiła na niebie. Niepewni, co im robić, idą posłowie do świątyni, modlą się do boga, by okazał znakiem boską wolę.

Umilkły modły. Nagle grzbiet podnosząc połyskliwy, bóg objawia się w skrętach wężowych i świstach. Wraz z jego pojawieniem zatrzęsły się bramy, ołtarze, posadzka marmurowa, złote trony.

Stanął pośrodku świątyni, wspiął się w górę i ognistym spojrzeniem potoczył dokoła. Struchlał lud. Kapłan z włosem przepasanym białą wstęgą rozpoznał w nim boga.

– Oto bóg! Oto bóg! – zawołał. – Czcijcie go, wierni, duchem i słowami. O, najpiękniejszy, okaż przyjazne spojrzenie, wspomóż narody, które ciebie wielbią.

Zebrani pokłon oddają bogu, powtarzają słowa kapłana, a zwłaszcza pierwsi Eneasza potomkowie. Bóg na znak wysłuchania modłów błysnął złotym grzebieniem i po trzykroć wydał syk wibrujący. Wreszcie zsunął się po stopniach z marmuru, obejrzał się po wiernych, dawny swój ołtarz wzrokiem obrzucił, jakby się żegnał ze swym świątynnym domem. Wreszcie po rozsypanych kwiatach ślizga się ogromnym łukiem, grzbiet wygina, przez całe miasto pełznie w stronę portu. Tam stanął, łagodnym wzrokiem żegna się z ludem, który za nim stąpał, i wstępuje na okręt rzymski. Od ciężaru łódź się zagłębiła. Cieszą się Rzymianie, na brzegu zabijają byka i odwiązują liny okrętowe.

Lekki wiatr żagle wzdyma. Bóg z wysoka błyska i przez rufę wygiętą grzbiet swój wychyliwszy patrzy za błękitne wody. Po sześciu dniach żeglugi okręt już Italię wita. [...]

Tu żeglarze zwrócili swą łódź, bo morze zaczęło się srożyć. Bóg rozwija swe kręgi, i w wielkich pierścieniach skręca swe ciało ku świątyni ojca stojącej ponad brzegiem morza. Lecz gdy burza minęła, złagodniało morze, opuszcza Epidauru ołtarze, a używszy gościny ojcowskiego bóstwa, znowu łuską chrzęszczącą piach nadbrzeżny orze, kładzie się u steru i wspiera łeb o burtę łodzi. Aż ujrzał świętą Lawinów krainę i ujście Tybru.

Śpieszą naprzeciw tłumy matek, ojców, dzieci i dziewice, co twoich ognisk, Westo, strzegą, wszyscy witają boga radosną wrzawą.

A z obu stron na brzegach wznoszą się ołtarze, dymią kadzidła, brzmią dziękczynne hymny, padają pod nożami kapłanów ofiary. Już wpłynęli do Rzymu. Wspiął się wąż, szyją potoczył z wysoka, szukając sobie godnej na zawsze siedziby. Wtem Tyber na dwie strony dzieli swoje nurty i opływa wokoło nowo utworzoną

wyspę, jakby ją biorąc w ogromne ramiona. Tu osiadł wąż, syn Apollina, a przybrawszy znowu boską postać, odwrócił klęskę i pozostał na zawsze – uzdrowiciel Rzymu.

Owidiusz, *Przemiany*, tłum. A. Kamieńska, ks. XV „Eskulap”,
Nasza Księgarnia, Warszawa 1968

VI. Christus medicus

Chrystus wszedł w dzieje ludzkości w sposób niepostrzeżony, ale pozostawił na nich swoje trwałe piętno, co jest widoczne we wszystkich dziedzinach ludzkiego działania, również w rozwoju kultury i w medycynie. Ale to nie przejawiło się od razu, tylko znacznie później. Później też powstanie pojęcie *Christus medicus*, które nie powinno być obce lekarzowi, tak jak pojęcie *Christus apothecarius* nie jest obce żadnemu farmaceucie[1].

Chrystus uzdrawiał trędowatych, ociemniałych, paralityków, głuchoniemych, człowieka z uschniętą ręką, epileptyka. Jednakże, chociaż liczba uzdrowień w Nowym Testamencie przewyższa liczbę uzdrowień w Starym Testamencie, nigdzie w Ewangelii Chrystus nie został nazwany lekarzem. Chrystusa nie nazwano lekarzem, ponieważ Jego uzdrowienia nie były nigdy celem same w sobie. Szczególnie uwidoczniło się to wówczas, gdy przyniesiono do Jezusa człowieka sparaliżowanego. Jezus nie zaczyna od uzdrowienia, lecz mówi:

– Człowieku, jesteś wolny od swoich grzechów.

Dopiero na oburzenie obecnych faryzeuszy, aby ich przekonać, że ma prawo odpuszczania grzechów, mówi do sparaliżowanego:

– Wstań, weź swoje łoże i idź do domu! (Mt 9, 6).

Chrystus uzdrawia paralityka przy Sadzawce Betesda
obraz Bartolomé Estebana Murilla.

Uzdrowienie staje się tutaj, na podobieństwo sakramentu, widzialnym znakiem niewidzialnej łaski. Chrystus uzdrawia, ale nie jest uzdrowicielem; nie robi widowiska, nie odnosi korzyści materialnych, nie szuka rozgłosu. Przeciwnie – uzdrowionych stale napomina:

– Nie mów, nie mów, nie mów nikomu.

Nakaz, aby nie mówiono o Jego uzdrowieniach, jest przeciwieństwem reklamy. Problem reklamiarstwa znany jest w medycynie od lat i występuje tam, gdzie istnieje prywatna praktyka: zwiększona liczba pacjentów zwiększa dochody lekarza. Pod tym względem socjalistyczna służba zdrowia, gdyby nie była taka zła, byłaby dobra. Od dawien dawna istnieją przepisy ograniczające reklamiarstwo lekarzy, ale przepisy przepisami, a życie życiem.

Inną zupełnie sprawą jest demonstracja nowych metod i rozwiązań technicznych, których autorami są lekarze. Bez tego nie byłoby postępu w medycynie. Niektóre narzędzia chirurgiczne i pewne operacje noszą do dziś nazwiska swych twórców. Jest to słuszna nagroda za inwencję twórczą. Nie przynosi zwiększonych dochodów i tym różni się wyraźnie od reklamiarstwa. Lekarzowi nie wolno nowych odkryć zatrzymywać dla siebie. Do tego zobowiązuje go przysięga. Próby ukrycia nowych osiągnięć na własny użytek i dla własnych korzyści kończyły się kompromitacją. Innym problemem jest sztuka, aby umieć ustąpić miejsca, gdy przychodzą nowe, lepsze rozwiązania techniczne i nowe idee, skoro wzrośliśmy wśród starych, które dawały też dobre i sprawdzone rezultaty. Ale to już odrębne zagadnienie. Natomiast „uzdrowiciele” korzystają z wszelkich form

reklamy, a tłumy, które udaje im się zgromadzić, przysparzają im dochodu.

Wracając do postaci Chrystusa, należy zwrócić uwagę na rzecz osobliwą: nawet w oczywistych przypadkach Chrystus pyta chorego, który przychodzi po pomoc:

– Czego chcesz? Czego oczekujesz?

Jest to znamienne, że wymaga, aby sam chory był świadomy tego, czego oczekuje od lekarza. Czy tej świadomości nie powinniśmy wymagać od naszych pacjentów?

Pozornie jest to jedno z najbardziej absurdalnych pytań: pytać chorego człowieka czy chce być zdrowy, pytać ślepego czy chce widzieć? A jednak nie wszyscy chorzy chcą być zdrowi. Weźmy najbardziej dramatyczny przykład ewangelicznego ślepca: chce widzieć! Dobrze, ale co się za tym kryje? Jest on świadomy, że jego rola w społeczeństwie ulegnie zmianie. Dotąd żył wzbudzając litość, teraz będzie musiał wziąć się do pracy, by zarobić na kawałek chleba; za darmo nic już nie dostanie; jest taki jak wszyscy inni. W środowiskach „zawodowych" żebraków znane były przykłady oślepiania noworodków, bo to wytyczało im dalszy bieg życia, życia niezbyt łatwego, ale życia bez wysiłku, bez konieczności pracy.
Czy w społeczeństwie nie brakuje ludzi, dla których choroba jest sposobem na życie? Na koncentrowanie uwagi na sobie? Na wymuszanie przywilejów, czasem coraz większych? Bywa, że usprawiedliwieniem maltretowania rodziny. Choroba daje wtedy poczucie komfortu, jest się wyróżnianym, można stawiać inne wymagania, niż ludzie zdrowi.
Jednak z drugiej strony, widzi się dość powszechnie lekceważący stosunek do zdrowia. I to przez czynniki rządowe

> odpowiedzialne za losy tysięcy ludzi, co – zwłaszcza w okresie „radosnej budowy socjalizmu" – przeżyliśmy na własnej skórze. Ale też dotyczy to nas samych. Widać to w odniesieniu do zasad zdrowia ustalonych przez WHO, czyli do właściwego odżywiania, redukcji alkoholu, rezygnacji z tytoniu, do aktywności ruchowej. Jaki jest stosunek lekarzy do własnego zdrowia? Badania przyniosły zatrważające wyniki. Kształcono ich, a nie wychowywano. Zatem ich wysiłek, bez właściwego wzoru, nie przyniesie spodziewanego skutku wychowawczego.

Innym bardzo istotnym momentem, na który trzeba zwrócić uwagę, gdy się mówi o Chrystusie jako lekarzu, jest problem wiary. Słowa i znaki, jakie czyni Chrystus, są z leczniczego punktu widzenia bez znaczenia. Natomiast istotny jest problem wiary, która ma poprzedzać uzdrowienie. Chrystus zawsze uzależnia uzdrowienie od wiary chorego lub jego najbliższych. Jakże często mówi do uzdrowionego:

– Twoja wiara cię uzdrowiła.

Leon Wachholz w artykule „Chrystus a medycyna" napisał na temat wiary: „Zaufanie spotęgowane tworzy to, co zwiemy w szerszym znaczeniu wiarą, a z wiary, jak wiemy, rodzi się cud"[2].

Problem wiary w medycynie jest nader ważny. I to nie tylko tej wiary, która czyni cuda, ale wiary w porządku naturalnym. Prof. Wiktor Dega, twórca polskiej rehabilitacji, doświadczony praktyk twierdzi, że:

> „Pacjent musi wierzyć w skuteczność naszych wspólnych wysiłków, bo tylko wiara może go skłonić do ponoszenia ogromnych trudów rehabilitacji, systematycznego wykonywania uciążliwych ćwiczeń, precyzyjnego realizowania wskazań instruktora. W czasie rehabilitacji

> chory przestaje być tylko biernym pacjentem. Jego rola nie ogranicza się już do poddawania się zabiegom lekarzy – staje się współtwórcą leczenia, ostateczny sukces w wielkiej mierze zależy od niego samego”[3].

Pozbawianie człowieka chorego wiary, odbieranie mu nadziei, uważał prof. Julian Aleksandrowicz za największe zło, jakie może wyrządzić człowiek człowiekowi, zwłaszcza gdy jest nim lekarz. Stąd dewizę: „Nie odbieraj nadziei bliźniemu swemu” włączył niejako w Dekalog, jako XI przykazanie.

Mimo tak licznych uzdrowień Chrystus jako lekarz nie pojawia się na kartach Ewangelii. Akcentowanie Chrystusa jako uzdrowiciela przesłaniałoby Jego zasadniczą rolę jako Zbawiciela. Pojęcie *Christus medicus* spotkamy dopiero u Ojców Kościoła. Dlaczego tak późno, to już wiemy, ale dlaczego pojawia się w ogóle? Ano, z dwóch przyczyn.

Pierwsza i najważniejsza, to trwający równocześnie z chrześcijaństwem kult Eskulapa. Na wyjątkowość tego herosa, który stał się bogiem, zwracała uwagę Anna Świderkówna:

> „Z Asklepiosem sprawa jest o tyle ciekawa, że bóg ten, choć nie trafił nigdy na Olimp, już w okresie hellenistycznym spełniał ludzkie tęsknoty znacznie lepiej niż wielcy Olimpijczycy. Był bogiem, którego można było kochać i który sam także kochał. Tworzenie tego rodzaju więzów ułatwia zapewne fakt, że był to bóg-lekarz”[4].

Cesarz Julian Apostata, zauroczony kulturą grecką, a zarazem wyznawca religii hellenistycznej, wręcz pisał:

> „Syn boży, Asklepios, zstąpił z nieba na ziemię i w Epidauros zjawił się w ludzkiej postaci. Tu rósł, tu się wychował i w czasie swej wędrówki po ziemi podawał ludziom dłoń pomocną. Przebywa on wszędzie, i na lądzie, i na morzu, ale nie do każdego przychodzi. Jest zbawcą zarówno grzesznej duszy, jak i chorego ciała”[5].

Już w czasach chrześcijańskich, przez pewien czas Eskulapa uznawano za zbawiciela i zwano go *Soter*, tak jak i Chrystusa (pozostało to w greckiej nazwie nauki o zbawieniu: soteriologia). Chrystusa nazwano z czasem z łacińska: *Salvator*. Ale to nie wystarczyło, trzeba było odnieść się do kultu Eskulapa. Dlatego Eskulap pojawi się w pismach wczesnochrześcijańskich. Mowa o nim w *Apologii* św. Justyna. U Justyna poszukującego podobieństw między myślą grecką i myślą chrześcijańską znajdujemy takie słowa:

> „Twierdzimy wreszcie o Nim [tj. o Chrystusie], iż uzdrawiał chromych, bezwładnych i chorych od urodzenia, że umarłych wskrzeszał, Wy zaś upatrywać możecie i w tym podobieństwo do Asklepiosa, o którym podobne opowiadacie dziwy”[6].

A w innym miejscu:

> „My, cośmy niegdyś cześć składali Dionizosowi, synowi Semeli, i Apollinowi, synowi Latony [...], cośmy czcili Persefonę i Afrodytę [...], cośmy czcili jeszcze Asklepiosa tudzież innych rzekomych bogów, myśmy sami spośród wszystkich ludzi, nie zważając na śmierć nam grożącą, dla Jezusa Chrystusa od tych bożyszcz się odwrócili, a poświęcili się Bogu nie zrodzonemu i cierpieniom niepodległemu”[7].

Św. Augustyn w dziele *O państwie Bożym*, pisząc na temat starożytnych bogów, ironizuje:

> „Gdzie byli wtedy, gdy lud, długo i ciężko gnębiony przez straszną zarazę, nie doznając od bóstw żadnej pomocy, uznał za stosowne wprowadzić dla nich nowe uczty z przygotowanymi łożami, czego nigdy przedtem nie czynił? Ku czci bogów zaścielano, mianowicie, łoża, skąd ów święty lub raczej świętokradzki obrzęd otrzymał nazwę »łożosłania«. [...]
> Gdzie byli wtedy, gdy owa głośna zaraza pociągnęła za sobą tyle ofiar? [...] Podczas tej to właśnie zarazy, ustanowiono widowiska teatralne, czyli sprowadzono inną nową zarazę, niebezpieczną już nie dla ciał obywateli rzymskich, lecz, co jest znacznie bardziej zgubne, dla ich obyczajów”[8].

Dostało się też Jowiszowi i Eskulapowi:

> „[...] kiedy podczas innego, nieznośnego moru, Rzym czuł się zmuszony sprowadzić z Epidauru Eskulapa jako boga-lekarza i korzystać z jego usług, gdyż Jowiszowi, królowi wszystkich bóstw, który dawno już zasiadał na Kapitolu, liczne rozpustne wyczyny, jakich dopuszczał się w młodości, nie pozwoliły zapewne wyuczyć się sztuki lekarskiej. [...]
> W przebiegu tylu krwawych wojen zjawił się na dobitek straszny mór wśród niewiast. Bo przed wydaniem dojrzałego płodu umierały jeszcze jako ciężarne. Eskulap, sądzę, usprawiedliwiał się wtedy, że jest lekarzem naczelnym, a nie położną [...]. Znowuż potworna zaraza, która szalała tak długo i pochłonęła tyle ofiar! Gdy z jeszcze większym nasileniem przeciągnęła się na rok następny, a obecność Eskulapa okazała się bezskuteczna, zwrócono się do *Ksiąg Sybillińskich* [...]. Wtedy więc orzeczono, jakoby przyczyną zarazy było to, że wielu obywateli zajęło i dzierży na swój prywatny użytek znaczną liczbę świętych przybytków. Tak oto Eskulap znów uwolnił się od ciężkiego zarzutu nieznajomości rzeczy lub opieszałości”[9].

W tym to czasie, kiedy nie wygasł jeszcze kult Eskulapa-zbawiciela, a nasilał się z roku na rok kult Chrystusa-Zbawiciela, powstał śpiewany do dziś hymn: *Gloria in excelsis Deo*. Jego ostatnie wiersze wyraźnie akcentują, który z nich jest prawdziwym i wyłącznym Zbawicielem.

Druga przyczyna wywodzi się z filozofii. Lekarz i filozof stają jak gdyby na dwóch przeciwległych krańcach tego samego problemu, którym jest człowiek: jeden jako „specjalista” od spraw cielesnych, drugi od duchowych. Zdrowienie bowiem nie może dotyczyć wyłącznie strony somatycznej chorego z pominięciem jego psyche.

Problem, którego dotykamy, jest tak stary, jak sama ludzkość. Występuje wyraźnie w medycynie pierwotnej, ale nie jest też obcy człowiekowi współczesnemu, człowiekowi cywilizowanemu.

Uporządkowanie spraw duchowych, przywrócenie ładu wewnętrznego i równowagi psychicznej, w dawnych czasach było zadaniem filozofa. W jego miejsce wszedł Chrystus. O tej Jego roli powie św. Piotr: *Obchodził On kraj, czyniąc dobrze i przywracając zdrowie wszystkim, którzy byli w niewoli diabelskiej; albowiem Bóg był z Nim* (Dz 10, 38). Później filozofa zastąpił duszpasterz. Ale początek duszpasterstwa chrześcijańskiego pochodzi od Chrystusa, którego Ojcowie Kościoła nazywali: Lekarzem (*Iatros*, *Medicus*), Lekarzem ludzkiej natury (*Panakes anthropotetos iatros*) lub Świętym zaklinaczem chorej duszy (*Epodos hagios nosuses psyches*). Jan, biskup Neapolu, nawoływał: „Śpieszcie więc do lekarza, dopóki jeszcze możecie, abyście dopiero wtedy nie postanowili pójść, kiedy już nie będzie wam dane". A św. Tomasz z Akwinu pisał: „Męka Chrystusa jest nade wszystko lekarstwem, albowiem dzięki niej znajdujemy ratunek przeciw wszelkiemu złu, któremu poddani jesteśmy z powodu naszych grzechów".

Pogodzenie się z Bogiem, z drugim człowiekiem, wreszcie z samym sobą, co czyni chrześcijanin, sporządzając rachunek sumienia, nie jest przecież niczym innym, jak tylko próbą (czasem żałosną, czasem efektywną) powrotu do równowagi psychicznej, zachwianej sytuacją w świecie, w kraju, w rodzinie, wskutek doznanej krzywdy czy własnego grzechu.

> „O tym, że na świecie jest wiele zła, wiemy wszyscy. Często robimy rachunek sumienia światu. Szczególnej odwagi i dojrzałości potrzeba jednak do tego, by w ogromnej rzece zła wykryć mały strumyk, którego początki są we mnie; nie byłoby tego strumyka, gdyby nie było mnie. Jestem początkiem, częścią rzeki, zgrzytem w harmonii. Odkrycie takie jest początkiem osobistego rachunku sumienia. Przestajemy rozliczać świat, a zaczynamy rozliczać siebie"[10].

Nie można ani negować, ani walczyć z czymś, co jest tak głęboko wpisane w ludzkie serce. Medycyna z tym nie walczy, owszem, temu sprzyja. Lekarze bardziej kompetentni od autora więcej na ten temat mogą powiedzieć. I mówią.

Zwróćmy uwagę na jeszcze jeden moment. W ewangelicznej przypowieści o uzdrowieniu chromego nad sadzawką (J 5, 1–8) padają słowa: *Nie mam człowieka, aby mnie wprowadził*. Z kolei u Łukasza Ewangelisty (5, 18) czytamy, jak to kilku ludzi przyniosło do Chrystusa sparaliżowanego człowieka, próbowali wnieść go do domu, w którym był Jezus, a gdy im się to nie udało, weszli na płaski dach, wybili w nim dziurę i chorego spuścili z góry wprost przed Niego.

Widać tu dwie skrajności pomiędzy sytuacją, w której nie znalazł się człowiek, aby przyjść potrzebującemu z pomocą, a sytuacją, w której nie tylko znaleźli się ludzie chętni do pomocy, ale nadto pokonali wszystkie trudności techniczne, by dotrzeć do źródła uzdrowienia. Sami taką możliwością nie dysponowali, lecz to co zrobili wystarczyło, by Jezus *widząc **ich** wiarę rzekł: „Człowieku, odpuszczają ci się grzechy twoje!”* (Łk 5, 20).A potem go uzdrowił. Zatem nie w procesie uzdrawiania, ale w samej chęci pomocy Chrystus dopatrzył się czynu godnego pochwały. Lekarz może w tym zdarzeniu widzieć siebie.

Ale czy dajemy choremu wszystko, co dać powinniśmy?

Oparcie medycyny na naukach przyrodniczych stało się źródłem postępu, ale jej „unaukowienie” jest niebezpieczne. Galileusz niegdyś powiedział: „Mierzcie, co jest mierzalne, i czyńcie mierzalnym, co jeszcze nie jest zmierzone”. Innymi słowy, czyńcie naukę obiektywną. Ten obiektywizm w naukach przyrodniczych

wyraża się w liczbach, wykresach, statystyce, a najlepiej spełnia się w matematyce. Medyk przez lata studiów uczy się i jest nauczany medycyny opartej na naukach przyrodniczych. Ale sama medycyna nauką nie jest. Powtórzę za Karlem Rothschuhem: medycyna jest zadaniem, jakie mamy spełnić wobec człowieka chorego. Sama nauka dąży do poznania, szuka odpowiedzi na pytanie: co jest? Celem zaś medycyny jest zaspokojenie pewnych potrzeb stawianych przez jednostkę lub przez społeczeństwo; dlatego dąży do odpowiedzi: jak to zrobić? A tego nie da się ująć – a przynajmniej nie zawsze – w kategoriach ściśle naukowych. Medycyny nie można całkowicie zobiektywizować, bez szkody dla pacjenta.Młody lekarz, nafaszerowany wiedzą medyczną, gdy staje pierwszy raz przy łóżku chorego i dopiero wtedy zdaje sobie sprawę, że człowieka nie można ograniczać do funkcji biofizycznych i biochemicznych, jest w punkcie zerowym swojej działalności lekarskiej. Jeśli jest mądry, to zaczyna się uczyć tego, czego go nie nauczono – bo nie było w programie, bo nie było na to czasu, bo są rzeczy, których nie można nauczać, stojąc za katedrą: jak rozmawiać z chorym, jak zdobyć jego zaufanie, jak przekonać go o słuszności zleconego mu postępowania, jak go pocieszyć, jak dodać mu nadziei, wreszcie jak ukazać mu sens jego cierpienia. To już wymaga aspektu teologicznego. Stąd obok pojęcia: *Christus medicus* pojawia drugie: *Medicus alter Christus*. R. Degkwitz, który jest psychiatrą, podkreśla, że chory wymaga od lekarza więcej niż tylko jego fachowości, nie tylko tego, co nauka i dobre rzemiosło lekarskie dać mu mogą. To wiedzą i inni, ale on domaga się w medycynie aspektu teologicznego, bo to dopiero jest wyjście poza „unaukowioną", zobiektyzowaną medycynę, pozbawioną

subiektywizmu, który tak sobie ceni pacjent. Wydawać się może, że lekarz wierzący, współpracujący z łaską Chrystusa, ma większe możliwości dostrzeżenia potrzeb chorych szczególnie w ciężkich sytuacjach i im sprostać.

Zwróćmy uwagę na inną jeszcze sprawę. Chrystus uzdrawiał i zlecił to swoim uczniom: „Uzdrawiajcie chorych i mówcie im: Przybliżyło się do was królestwo Boże". Uzdrawiając, lekarz wchodzi zatem w rolę Chrystusa i wypełnia Jego nakaz. Tak rozumieć należy pojęcie: *Medicus alter Christus*[11].

Biblista B. Flammer zwraca uwagę na charakter uzdrowień Chrystusa. Były one potwierdzeniem tego, co głosił: *Bliskie jest królestwo Boże* (Mk 1, 15). Jak to rozumieć? Żydzi w tamtym czasie doznali wielkiego zła w każdym wymiarze: politycznym, kulturalnym, moralnym. Bóg odwrócił się od nich – jak sądzili – oddał ich we władzę diabła. Wszelkie zło stąd wynika. Choroba też, bo jest złem. Zatem wszystkie uzdrowienia, jakie potem następują, są dowodem, potwierdzeniem słów Chrystusa: zło zaczyna ustępować, królestwo Boże rzeczywiście się zbliża[12].

Istnieje wyraźna paralela między tamtym spojrzeniem na zło, jakie niesie z sobą cierpienie i choroba, a bliską nam wypowiedzią Jana Pawła IIw jego encyklice *Salvifici doloris* (II, 7; V, 19). Czytamy tam:

> „Można powiedzieć, że człowiek cierpi wówczas, gdy doznaje jakiegokolwiek zła. Związek pomiędzy jednym a drugim uwydatnia się poprzez słownictwo Starego Testamentu jako tożsamość. [...]
> [...] rzeczywistość cierpienia wywołuje pytanie o istotę zła: czym jest zło? [...] w rozumieniu chrześcijańskim rzeczywistość cierpienia tłumaczy się poprzez zło, które zawsze w jakiś sposób jest odniesione do dobra".

Ale to nie mówi jeszcze nic o sensie cierpienia. Ten ujawnia się w cierpieniach Chrystusa:

> „Każdy człowiek ma udział w Odkupieniu. Każdy też jest wezwany do uczestnictwa w owym cierpieniu, przez które Odkupienie się dokonało. [...] w swoim ludzkim cierpieniu każdy człowiek może stać się uczestnikiem odkupieńczego cierpienia Chrystusa".

Taki jest sens cierpienia Chrystusa i sens ludzkiego cierpienia w Chrystusie. Ale tej odpowiedzi medycyna naukowa, wąsko wyspecjalizowana, ograniczona do somatycznego wymiaru człowieka chorego, skupiona na jego chorym narządzie – dać nie może.

Stąd to przypomnienie dwóch mało znanych pojęć: *Christus medicus* i *Medicus alter Christus.*

Chrystus uzdrawiający był przedstawiany w sztuce, zwłaszcza w sztuce malarskiej, wielokrotnie. Najbardziej znany jest obraz Rembrandta (1645) przedstawiający Chrystusa otoczonego tłumem chorych, których uzdrawia. Ale przedstawienia takie spotkać można w malarstwie miniaturowym i w rzeźbie portali gotyckich.

M.Ch. Hastetter znalazła odpowiednik tematu *Christus medicus* w muzyce. W przeogromnej twórczości J.S. Bacha, w kantacie BWV 99 „Was Gott tut, das ist wohlgetan" (Co Bóg czyni, jest dobre), jako numer 3 występuje aria tenorowa napisana do słów Samuela Rodigasta, które Bach nieco zmodyfikował. Tekst ten można przetłumaczyć następująco:

> „Nie drżyj duszo utrapiona,
> Gdy kielich goryczy jest dla ciebie zbyt gorzki,

Bóg jest twoim mądrym lekarzem i cudotwórcą
I nie poda ci śmiertelnej trucizny,
Choć jej słodycz ukryta jest głęboko".

Uciążliwość sytuacji, w jakiej znajduje się człowiek zrozpaczony i pozbawiony nadziei, jego wzdychania i jęki, stara się Bach ilustrować melodią fletu z zastosowaniem chromatyki zstępującej. Rozwiązanie następuje w kończącym całość pogodnym akordzie C-dur.

Zdaniem autorki, w ten sposób Bach ilustruje muzyką swoje przekonanie, że prawdziwe uzdrowienie jest możliwe tylko w Chrystusie i z Chrystusem, obejmuje bowiem całego człowieka z duszą i ciałem[13]. Byłby to odpowiednik w muzyce żywo współcześnie rozważanego przez teologów tematu „wiary uzdrawiającej" (*Heilender Glaube*).

Chrystus jest wzorem dla lekarza, ale istnieje możliwość manipulowania tym wzorem: tam gdzie się mówi o powołaniu lekarza i tam gdzie się mu stawia za wzór miłosiernego Samarytanina.

Gdy mówimy o powołaniu, trzeba zdać sobie sprawę z tego kto, do czego i przez kogo zostaje powołany. Ksiądz powołany jest do posługi religijnej; społeczeństwo zapewnia mu warunki utrzymania i wykonywania czynności religijnych, a zatem budowę kościoła, plebanii, salki katechetycznej etc. Lekarza powołuje społeczeństwo do opieki zdrowotnej, skazując go na samodzielne utrzymanie i nie wyświadczając mu najmniejszej pomocy z tytułu jego powołania. W czasach PRL-u „powołanie" było słowem-

wytrychem dla zamknięcia ust upominającym się o godziwe wynagrodzenie lekarzom. Szkoda, że w tej postaci czasem ono jeszcze wraca.

Podobnie z przykładem miłosiernego Samarytanina jako wzorem dla lekarza. Piękny to wzór, ale doczytajmy Ewangelię do końca (Łk 10, 34–35): Samarytanin przemył rany oliwą i winem, zabandażował je, a potem zawiózł pobitego do gospody; tu wyjął i dał gospodarzowi dwa denary, a obiecał dać więcej w drodze powrotnej. Gdyby nic nie miał w kieszeni, nic by nie dał, gdyby był całkiem biedny, nic by nie przyobiecywał.

Co prawda, nie zawsze, ale nader często do czynienia miłosierdzia potrzebne są pieniądze. Życzmy sobie, aby współczesny lekarz polski mógł być prawdziwie miłosiernym Samarytaninem.

Te fakty należy sobie i społeczeństwu uzmysłowić dla dobra chorego. Nie wolno nam natomiast wykręcać się od postawy samarytańskiej, bo miłosierny Samarytanin to ten, który okazał miłosierdzie. A każdy z nas ma tysiące sposobów i możliwości, aby miłosierdzie okazać w różnym wymiarze i na różny sposób. Zakończmy nasze rozważania słowami papieża Jana Pawła II (*Salvifici doloris* VII, 28):

> „Miłosiernym Samarytaninem jest każdy człowiek, który zatrzymuje się przy cierpieniu drugiego człowieka, jakiekolwiek by ono było. [...] Samarytaninem jest każdy człowiek wrażliwy na cudze cierpienie, człowiek, który wzrusza się nieszczęściem bliźniego [...]. Miłosiernym Samarytaninem jest więc ostatecznie ten, kto świadczy pomoc w cierpieniu”.

Przypisy

[1] J.N. Neumann, *Gesundheit, Krankheit und Heilung aus Sicht des Christentums. Christus medicus – Christus als Arzt*, [w:] *Meilensteine der Medizin*, Hrg. H. Schott, Harenber Verlag, Dortmund 1996.

[2] L. Wachholz, *Chrystus a medycyna*, Warszawa 1937, s. 11.

[3] Cyt. za: J. Żakowski, *Rozmowy z lekarzami*, KAW, Warszawa 1987, s. 172.

[4] A. Świderkówna, *Od bogów pogańskich do Boga żywego*, „Tyniec", Kraków 2004, s. 26; D. Musiał, *Asklepios, opiekun lekarzy i jego sanktuarium w Epidauros*, „Mówią wieki" 1983, nr 7, s. 12.

[5] Cyt. za: J. Parandowski, *Mitologia*, Czytelnik, Kraków 1950, s. 146.

[6] Św. Justyn, *Apologia. Dialog z żydem Tryfonem*, tłum. A. Lisiecki, Fiszer i Majewski, Poznań 1926, s. 29.

[7] Tamże, s. 30.

[8] Św. Augustyn, *O państwie Bożym*, tłum. W. Kornatowski, PAX, Warszawa 1977, t. I, s. 198.

[9] Tamże, s. 199, 200.

[10] J. Tischner, *Pomoc w rachunku sumienia*, Znak, Kraków 2000, s. 7.

[11] R. Degkwitz, *Christus medicus – Medicus alter Christus*, „Arzt und Christ" 1985, nr 31, s. 13.

[12] B. Flammer, *Jesus der Arzt in der Sicht der Evangelium*, „Arzt und Christ" 1985, nr 31, s. 1.

[13] M.Ch. Hastetter, *Der heilende Arzt in Bachs Kantate „Was Gott tut, das ist wohlgetan" – Pastoraltheologische Reflexionen zur einem alten Christustitel*, „Zeitschrift für Medizinische Ethik" 2009, nr 55, s. 194.

Gloria in excelsis Deo

Hymn starochrześcijański

Chwała na wysokości Bogu
a na ziemi pokój ludziom dobrej woli.
Chwalimy Cię,
Błogosławimy Cię,
Wielbimy Cię,
Wysławiamy Cię.
Dzięki Ci składamy,
bo wielka jest chwała Twoja.
Panie Boże,
Królu Nieba,
Boże, Ojcze wszechmogący.

Panie, Synu jednorodzony, Jezu Chryste.
Panie Boże, Baranku Boży,
Synu Ojca.
Który gładzisz grzechy świata,
zmiłuj się nad nami.
Który gładzisz grzechy świata,
przyjm błaganie nasze.
Który siedzisz po prawicy Ojca,
zmiłuj się nad nami.

Albowiem

Tylko Tyś jest święty.
Tylko Tyś jest Panem.
Tylko Tyś Najwyższy,
Jezu Chryste.

Z Duchem Świętym
w chwale Boga Ojca.
Amen

To nie jest wąż Eskulapa. To wąż miedziany w chrześcijańskiej interpretacji.

Wtedy rzekł Pan do Mojżesza: „Sporządź węża i umieść go na wysokim palu; wtedy każdy ukąszony, jeśli tylko spojrzy na niego, zostanie przy życiu”. Sporządził więc Mojżesz węża miedzianego i umieścił go na wysokim palu. I rzeczywiście, jeśli kogo wąż ukąsił, a ukąszony spojrzał na węża miedzianego, zostawał przy życiu.

Lb 21, 8–9

„Teraz władca tego świata zostanie precz odrzucony. A Ja, gdy zostanę nad ziemię wywyższony, pociągnę wszystkich do siebie”. To powiedział zaznaczając, jaką śmiercią miał umrzeć.

J 12, 31–33

„Na Krzyżu odnawia się i dokonuje, zyskując pełną i ostateczną doskonałość, cud węża wywyższonego przez Mojżesza na pustyni. Także dzisiaj każdy człowiek zagrożony w swoim istnieniu może skierować wzrok ku Temu, który został przebity, aby odnaleźć niezawodną nadzieję wyzwolenia i odkupienia”.

Jan Paweł II, *Evangelium vitae*, 50

VII. Średniowiecze

Okres pomiędzy starożytnością a czasami nowożytnymi nazwano wiekami średnimi. Intelektualiści doby renesansu, gdy odkryli piękno klasycznej łaciny, zaczęli wybrzydzać na łacinę wówczas używaną, nazywając ją przeciętną, pośledną lub właśnie średnią – *media latinitas*. Stąd poszła nazwa dla całych wieków. Dziś taką łacinę nazywamy kuchenną, ale śmiesznie lub trudno byłoby z niej wyprowadzić nazwę dla całego okresu historycznego.

W celu uporządkowania ogromnego materiału historycznego historycy wprowadzili periodyzację, czyli podział na okresy. Prób było kilka; przyjęła się jedna, według której za cezurę oddzielającą starożytność od wieków średnich przyjęto rok 476, rok obalenia ostatniego cesarza rzymskiego Romulusa, a z drugiej strony rok odkrycia Ameryki, czyli rok 1492. Ponieważ każdy okres dziejów dla różnych badaczy kultury posiada swój odrębny charakter, próbowano ustalić inne wyznaczniki, wysuwając różne wydarzenia jako graniczne pomiędzy tym co było a tym co nadejść miało. Uwzględniając rozmaite punkty widzenia, może to być słuszne.

W historii medycyny przyjęto za początek jej dziejów średniowiecznych przełom IV i V wieku po Chr., czasem nawet dokładnie rok rozpadu cesarstwa rzymskiego, czyli rok 395, bowiem odtąd inne były drogi rozwoju medycyny na Wschodzie i Zachodzie, a z drugiej strony – rok 1543, rok wydania dzieła anatomicznego Andrzeja Vesaliusza, które miało przełomowe znaczenie dla dalszych jej dziejów.

Medycyna w ciągu tych jedenastu wieków nie posunęła się w rozwoju. Nie znaczy to jednak, by w tym okresie nie działo się nic, co z punktu widzenia historii medycyny nie miałoby znaczenia. W zależności od regionu i uwarunkowań kulturalno-społecznych miała ona inny charakter. Dlatego rozróżniamy: medycynę bizantyńską, arabską i zachodnią, czyli łacińską.

1. Medycyna bizantyńska

Podział cesarstwa rzymskiego na wschodnie i zachodnie, jaki nastąpił pod koniec IV wieku, poprzedzony był wyborem Konstantego Wielkiego na cesarza w 306 roku. Stoczona przez niego zwycięska bitwa pod Rzymem, owiana legendą znaku krzyża na niebie (*In hoc signo vincis*), miała doprowadzić do edyktu mediolańskiego, o którym w najnowszej historii Kościoła wiele się mówi, acz nie zawsze pozytywnie. Istotna jest dla dalszych dziejów inna jeszcze decyzja z 324 roku, gdy w obawie przed tradycjami republikańskimi, jakie panowały w Rzymie, Konstanty przeniósł stolicę państwa do Bizancjum, dawnej kolonii rzymskiej, która od tego czasu, aż po czasy nam nieodlegle, nosić będzie nazwę Konstantynopol.

Podział cesarstwa za Teodozjusza I w 395 roku na wschodnie i zachodnie ma znaczenie nie tylko polityczne. Granica przebiegająca między cesarstwami nie miała charakteru wyłącznie

geograficznego, lecz i kulturalny. Dla cesarstwa zachodniego znamienny był język łaciński, dla wschodniego – grecki. Jeśli się zważy, że cesarstwo wschodnie zostało daleko bardziej oszczędzone przez zawirowania dziejowe niż zachodnie, a dostępność dziedzictwa greckiego i całego bogactwa kultury starożytnej pozostawała w zasięgu ręki, nic zatem dziwnego, iż mamy tam do czynienia z kontynuacją starożytności o nieprzerwanej ciągłości, która trwała jeszcze przez tysiąc lat. To starannie przechowywane dziedzictwo antyku przyda się kiedyś kulturze zachodniej. Póki co, na Zachodzie, wobec zniszczeń materialnych na niespotykaną skalę i ubóstwa intelektualnego, panują ponure wieki, które zwykliśmy utożsamiać z pojęciem średniowiecza. Ale nie dotyczy to Bizancjum.

Jednakże, mimo daleko korzystniejszych warunków, kultura bizantyńska nie rozwinęła ani nie wzbogaciła myśli starożytnych, ograniczając się tylko do zbierania, porządkowania i co najwyżej komentowania ich dorobku.

Lekarzowi nie powinny być obce przynajmniej trzy postacie należące do kultury tego okręgu.

Oribasius z Pergamonu (325–403) – najwybitniejszy lekarz bizantyński; zdobył wykształcenie w szkole aleksandryjskiej, a jako wzięty praktyk wcześnie uzyskał sławę i uznanie. Zaprzyjaźnił się z Julianem Apostatą, gdy ten jeszcze nie był cesarzem, co rzecz jasna miało później znaczenie: cesarz powołał go na dwór. Oprócz zażyłej znajomości łączyła ich jeszcze wrogość wobec chrześcijaństwa. Apostata, który usiłował wskrzesić wspaniałość antyczną, wysłał Oribasiusa do Delf, by przywrócił znaczenie tamtejszej wyroczni. Jego nieprzejednane trwanie przy

pogaństwie obróciło się przeciw niemu, gdy po śmierci Juliana doszli do władzy chrześcijanie. Oribasius skazany został na wygnanie nad Morze Czarne.

Po latach wybaczono mu i powrócił. Obdarzono go dobrami, co więcej, ożeniono z damą z wyższych sfer. Teraz oddał się praktyce lekarskiej i pisaniu. Latami pracował nad dziełem, które było kompilacją wiadomości pochodzących od różnych lekarzy, ale głównie z dzieł Galena. Ujęte w 70 ksiąg nosiło grecki tytuł: *Iatrikai synagogai*. Przetłumaczone i rozpowszechnione zostało w języku łacińskim jako *Collecta medicinalia*. Syn Oribasiusa, również lekarz, sporządził wyciąg z dzieła ojca, tzw. *Synopsis*. Inne jeszcze dzieło Oribasiusa, zbiór łatwo dostępnych leków, w całości przepadło. Dużą popularnością cieszyło się dzieło *Euporista*, znane jedynie z obszernych fragmentów. Wysnuto z nich wnioski, że to Oribasius utwierdził autorytet Galena, na którego stale się powoływał. Szkoda, że często bezkrytycznie.

Aleksander z Tralles (525–605) uczył się medycyny u swego ojca, potem w Aleksandrii i Grecji. Wędrował po całej Europie, zbierając doświadczenie. Osiadł na długie lata w Rzymie, by w dojrzałym już wieku przenieść się do Konstantynopola (dlatego zaliczany jest do medycyny bizantyńskiej). Tu dokończył swe dzieło: *Dwanaście ksiąg o medycynie*, w którym zgromadził swe własne obserwacje i doświadczenia. Dzieło to przyniosło mu sławę i jeszcze w głębokim średniowieczu było używanym podręcznikiem medycyny.

Paweł z Eginy (625–690) pochodził z małej wyspy w pobliżu Epidauros. Kształcił się w Aleksandrii, gdzie też działał potem jako lekarz. Przeżył wraz z miastem tragiczne chwile, gdy Aleksandria

została zdobyta przez Arabów. Poddała się bez większego wysiłku. Zdobywcy świadomi byli znaczenia Pawła, a wobec niedostatków wiedzy medycznej u Arabów, uhonorowali znakomitego lekarza i zachęcili, by został nauczycielem medycyny. Paweł jest autorem dzieła *Hypomnema*, tłumaczonego na łacinę i język arabski. Ale główne jego zasługi odnoszą się do położnictwa i działalność na tym polu w świecie arabskim oceniono bardzo wysoko. Zarzuca mu się co prawda, że nie opisał dokładnie obrotu płodu przy poprzecznym ułożeniu, co znał już Soranos z Efezu, i wskutek tego do XIII wieku zabieg ten nie był stosowany.

Paweł z Eginy był ostatnim wybitnym lekarzem starożytności, a dzięki licznym przekładom jego dzieł na arabski stał się łącznikiem pomiędzy medycyną grecką a arabską.

2. Medycyna arabska

Zamieszkujące Półwysep Arabski liczne plemiona arabskie zjednoczył Muhammad (Mahomed). Miejscem jego wystąpienia była Mekka nad Morzem Czerwonym. Zagrożony, uciekł do Medyny. Wydarzenie to (zwane hidżra), które miało miejsce w 622 roku, stanowi dla mahometan punkt zerowy w chronologii czasu. Potem Mahomet zdobył Mekkę i zjednoczył większość Arabów. Jego następcy, kalifowie, prowadzili udane podboje, tak że z czasem Arabowie podbili ogromne obszary: na wschodzie aż po Chiny, a na zachodzie po Atlantyk. Tym sukcesom militarnym

sprzyjała nie tylko dzielność wojowników, ale przychylność lokalnej ludności – na wschodnich terenach źle traktowanej przez władze perskie czy bizantyńskie, a na Półwyspie Pirenejskim przez Wizygotów. Arabowie nie prześladowali chrześcijan.

Wojny doprowadziły do znacznych zniszczeń kulturalnych, wszakże niebawem Arabowie przekonali się o pożytkach płynących z kultury ludów podbitych i starali się ją sobie przyswoić. Kulturę arabską zrodził ruch umysłowy, filozoficzny, teologiczny etc. uprawiany przez uczonych różnych podbitych krajów, ale w języku arabskim. Wielu z nich zajmowało się matematyką, geografią, astronomią, alchemią, botaniką i medycyną.

Podstawą kultury arabskiej stała się nauka grecka i sztuka perska. W 830 roku powstał w Bagdadzie „Dom mądrości", ośrodek przekładów antycznej literatury, w tym również medycznej, na język arabski. Było to centrum intelektualne mahometan, żydów i chrześcijan. Dzieła starożytnych, tłumaczone i rozbudowane komentarzami, w Europie Zachodniej staną się później kanonami nauczania uniwersyteckiego. Rozwojowi kultury sprzyjała tolerancja. Żydzi, chrześcijanie, muzułmanie należeli do „Ludów Księgi", wspólnej dla wszystkich Biblii. Również sporo wspólnych miejsc uważano za święte. To czasem sprzyjało wzajemnemu zrozumieniu, czego pięknym przykładem był najpierw ośrodek w Bagdadzie, później w Kordobie i Toledo. Tam, na przestrzeni kilkudziesięciu lat muzułmanie, chrześcijanie i żydzi wspólnie rozwijali myśl teologiczną i filozoficzną. Niestety, w połowie XII wieku fundamentaliści arabscy z rodu Almohadów wypędzili żydów z Hiszpanii.

Znaczenie, jakie Mahomet przywiązywał do spraw zdrowotnych (czemu dał wyraz w Koranie) oraz jego osobisty, życzliwy stosunek do lekarzy, nawet do lekarzy „niewiernych", sprzyjały uprawianiu medycyny.

Osiągnięciem medycyny arabskiej były szpitale. W 800 roku kalif Harun Al-Raszyd zbudował w Bagdadzie szpital. Nie był to pierwszy szpital w ogóle. W prowadzeniu szpitali mieli doświadczenie chrześcijańscy nestorianie. Wychowani na kulturze aleksandryjskiej, stali się przenośnikami myśli greckiej w zakresie filozofii, medycyny i nauk przyrodniczych. Z ich pomocy skorzystali Arabowie, zakładając coraz liczniejsze szpitale.

Szpitale są wyrazem troski o człowieka chorego, zatem wyrazem miłości bliźniego, i to by wystarczyło na pochwałę fundatorów szpitali arabskich. Ale one spełniały jeszcze rolę szkół lekarskich. Uczniowie siadali półkolem, mistrz zasiadał pośród nich, czytał im pisma klasyków medycyny i komentował. Oni starali się je przemyśleć i zapamiętać. Potem szli do chorych. Zatem teoria uzupełniana była praktyką. Ukończenie studiów oznaczało zdobycie pewnych kwalifikacji, co potwierdzane było odpowiednim świadectwem. W szpitalach były apteki, które chorym dostarczały lekarstw, uczniom zaś sposobności do poznania surowców i sposobów ich przetwarzania.

Te szkoły miały stać się później wzorem dla uniwersytetów, a na pewno przyczyniły się do powstania tak znakomitych ośrodków lekarskich, jak we Włoszech szkoła w Salerno, a we Francji w Montpellier.

Wspomnieliśmy, że kulturę arabską tworzyli przedstawiciele różnych narodów i różnych wyznań, działający w różnych

miejscach. Warto tu przypomnieć choćby żyjącego w Tunezji Izaaka Judaeusa, autora traktatów o moczu i gorączce oraz dzieła *Viator*; okulistę Ammara ibn Alego Mosulu, znawcę zaćmy, który jako pierwszy wykonał zabieg usunięcia zaćmy przez odessanie; okulistę Jesusa Haly'ego, autora podręcznika okulistyki, w którym opisał 130 chorób i 141 sposobów ich leczenia. Kilka innych wybitnych nazwisk, nawet dla czytelnika, który styka się z tymiproblemami po raz pierwszy, nie powinno być obcych. Ponieważ na Wschodzie kultura arabska, a z nią medycyna rozwinęły się wcześniej niż na Zachodzie, omawiać je będziemy w tej kolejności.

Rhazes (ok. 850–932) w dość późnym wieku, bo dopiero około 30. roku życia, rozpoczął studia medyczne w Bagdadzie. Powodzenie, jakim się cieszył potem jako lekarz, skłoniło kalifa Al-Manzora do powołania go na swój dwór. Rhazes, nazywany później arabskim Galenem, poświęcił kalifowi dzieło swego życia. Nieszczęściem, kalif zainteresowany eksperymentami chemicznymi, kazał je przeprowadzić w swojej obecności, jednak – jak to zwykle bywa – nie wyszły. Rozwścieczony kalif pobił swego lekarza. Rhazes stracił wzrok. I choć całe życie był bogaty i hojny, musiał umierać w nędzy.

Z jego osobą wiąże się opis i wyjątkowo trafne rozróżnienie pomiędzy ospą a odrą. Dzieło dedykowane kalifowi, w tłumaczeniu łacińskim nosiło tytuł *Ad Almansorem libri X*. Obejmowało ono całość medycyny. Widać w nim wpływy Galena, bo nie mogło być inaczej, ale mimo to Rhazes wykazał największą ze wszystkich arabskich lekarzy niezależność, opierał się bowiem, jak mało kto,

na własnym doświadczeniu. Dzieło to stanowiło doskonały podręcznik medycyny używany przez całe niemal średniowiecze.

Awicenna (980–1037) – właściwie nazywał się Abu Ali el-Hosein ben Abdallah ibn Sina. Nazwiska lekarzy arabskich znamy w ich uproszczonej, głównie zlatynizowanej postaci. W rzeczywistości, na sposób wschodni arabskie nazwiska były wieloczłonowe; stąd ta sama postać może występować pod różnym nazwiskiem. Awicennę znamy często jako Ibn Sina.

Urodził się w Afshana koło Buchary, byłby zatem Tadżykiem albo Persem. Cechowały go niezwykłe zdolności i niezwykła pracowitość. Pisał o sobie:

> „Nie sypiałem przez całe noce, nie spoczywałem całe dnie i nie zajmowałem się niczym oprócz pracy umysłowej [...]. Jeśli zaś później zasypiałem na chwilę, to we śnie stykałem się z tymi samymi problemami naukowymi – i często zdarzało się, że we śnie opadała zasłona skrywająca przede mną trudne problemy i udawało się je rozwiązać. Tak pracowałem dopóki nie opanowałem podstaw nauki i nie odsłoniły się przede mną jej tajemnice”[1].

To rozwiązywanie problemów naukowych na pograniczu snu i świadomości nie jest niczym niezwykłym. Całe wieki potem Hans Selye, odkrywca stresu, napisze to samo o sobie, a nawet wyda książkę pt. *Od marzenia do odkrycia naukowego*.

Żywot miał Awicenna niespokojny. Szukał opiekunów, co zrozumiałe, bo nauka i sztuka potrzebują mecenasów. Ale gdy ich znajdował, to wkrótce tracił, bo albo oni przepadali, albo on im się narażał. W wiecznej ucieczce, stałych konfliktach i kłopotach zmarł w 57. roku życia.

Awicenna był twórcą systemu filozoficznego, co nie każdemu uczonemu trudniącemu się filozofią udaje się. Zajął też poczesne miejsce w teologii; jego metafizyka wpłynęła na Alberta Wielkiego i Tomasza z Akwinu.

Dla nas najbardziej interesujący jest Awicenna jako lekarz. Wykształcenie zdobył w Bagdadzie, gdzie była odpowiednia biblioteka, szpital i środowisko lekarskie. Doskonała znajomość medycyny praktycznej, jaką tam nabył, ułatwiała mu dostęp na dwory zamożnych kalifów, a pozostawione dzieło *Al-Kanun fi at-tibb* przysporzyło mu sławy na długie wieki. Gerhard z Cremony, działający w Toledo, przetłumaczył je na łacinę i nadał mu tytuł: *Canon medicinae*.

Kanon Awicenny składa się z pięciu ksiąg: księga I omawia budowę i czynności ciała ludzkiego (skąd znajomość u niego anatomii?), przyczyny i objawy chorób; księga II mówi o lekach i ich przyrządzaniu; księga III o rozpoznawaniu i leczeniu poszczególnych chorób; księga IV poświęcona jest chirurgii i zabiegom chirurgicznym; księga V traktuje o truciznach i odtrutkach.

W poemacie *Urdżuza*, który jest rodzajem *vademecum* lekarskiego, pisze o pokarmach i napojach:

> „Wśród potraw są takie, które same przez się nie są przyjemne, lecz które służą jako przyprawy: takimi są gorczyca, cebula i czosnek. Wytwarzają one żółtą żółć, niekiedy stosowane są jako lekarstwa. Pewne produkty wytwarzają czarną żółć i mogą u niektórych ludzi wywołać chorobę – na przykład mięso starych kozłów, starych byków lub chleb wypieczony z nie oczyszczonej pszenicy. Są także produkty żywnościowe wywołujące flegmę, na przykład duże ryby i mleko”[2].

Nietrudno tu odnaleźć medycynę Galena z jego nauką o cieczach-humorach, bowiem nauka Awicenny była nauką Galena wyłożoną przy pomocy Arystotelesa. A ponieważ traktowano ich jako niewzruszone autorytety, stali się kolumnami medycyny dogmatycznej. *Kanon* Awicenny, znany na Wschodzie i na Zachodzie, obok dzieł Hipokratesa i Galena, obowiązywał jeszcze w XVIII wieku.

Albucasis z Kordoby (936–1013) – Abû l-Qâsim (Abu al-Kasim al-Zahrawi), znany też jako Abulcasis, to lekarz przyboczny kalifa Hakama II, miłośnika wiedzy i twórcy wielkiej biblioteki. Jego olbrzymie dzieło *Al Tasrif* dzieli się na dwie części: medyczną i chirurgiczną. Ta ostatnia jest najobszerniejsza i najistotniejsza, bowiem dotyczy dziedziny bardzo naówczas zaniedbanej. Jej rozwój utrudniały marne tłumaczenia dzieł greckich. Albucasis wykłada chirurgię w trzech rozdziałach. Pierwszy poświęcony jest kauteryzacji. Arabowie, o ile to możliwe, unikali noża, zabezpieczając się w ten sposób przed wykrwawieniem. Ale stosowanie rozżarzonego żelaza i środków żrących służyło także do leczenia takich chorób, jak epilepsja, migrena, melancholia etc., czyli chorób, powodowanych brakiem ciepła i suchości, które dostarczał właśnie ogień. Drugi rozdział dotyczy zabiegów chirurgicznych z użyciem noża, a zatem bliższych współczesnemu znaczeniu chirurgii. Trzeci poświęcony jest złamaniom i zwichnięciom. Albucasis podaje nie tylko opis narzędzi, ale ilustruje je rysunkami, co jest zupełną nowością.

Dzieło Albucasisa nie odegrało w świecie arabskim większej roli, natomiast w łacińskim przekładzie Gerharda z Cremony uzyskało duże uznanie i przetrwało wieki; początkowo w ilustrowanych

manuskryptach, później – po wynalezieniu druku – w formie typograficznej.

Awerroes Ibn Ruszd (1126–1198) – był wybitnym przedstawicielem arabskiej szkoły filozoficznej. Żył w Hiszpanii, gdzie jako sędzia cieszył się uznaniem kalifów. Wpadł wszakże w niełaskę kalifa Al-Manzura, i o mało co nie przypłacił tego życiem. Był zwolennikiem Arystotelesa. Napisał komentarz do niemal wszystkich jego dzieł. Bardzo przyczynił się do podniesienia znaczenia Arystotelesa w średniowieczu. Wpływ jego nauki rozwinął się później pod nazwą awerroizmu. W medycynie poddał wszystko bezwarunkowo autorytetom, przez co nie przyczynił się do jej rozwoju. Jego uczniem był Mojżesz Majmonides.

Mosze Maimonides (1138–1204) – Mojżesz Majmonides, zwany też Abu Amran, był rabinem, filozofem, lekarzem. Urodził się w Kordobie, ale gdy musiał opuścić Hiszpanię (1160), przeniósł się do Egiptu i zamieszkał w pobliżu Kairu. Tam, obdarzony szacunkiem żydów i muzułmanów, uprawiał medycynę, filozofię i teologię. Majmonides nie unikał powiązań, jakie łączą religię z medycyną; rozważał w swych dziełach wzajemny stosunek wiary i wiedzy, praw fizycznych i moralnych, choć wprowadzał ścisłe rozgraniczenie. „Religia zaleca nam robić to, co sprzyjać nam będzie po tamtej stronie; medycyna przestrzega przed tym co dla nas szkodliwe; nie zmusza wszakże do niczego i niczym nie karze".

Jeden z poetów arabskich pisał o nim: „Galena sztuka leczyła tylko ciało, Abu Amran natomiast i ciało, i duszę. Jak dzięki wiedzy stał się lekarzem stulecia, tak dzięki swej mądrości leczył chorobę niewiedzy".

Jako filozof był zwolennikiem Arystotelesa, którego starał się pogodzić z judaizmem. Choć miał przeciwników wśród rabinów, jego dzieła tłumaczone były na łacinę i hebrajski (jeśli pisane były po arabsku). Przez łacinę dostępne były myślicielom chrześcijańskim, na których miał duży wpływ.

Jako lekarz był zwolennikiem Hipokratesa i Galena, i do ich dzieł pisał komentarze. Zostawił kilka traktatów medycznych; najpopularniejszy z nich *Przewodnik dobrego zdrowia* dotyczył zasad higieny. Zadania medycyny określał w trzech dziedzinach:

1) prowadzenie zdrowych, aby nadal byli zdrowi, co można uznać za profilaktykę;

2) leczenie chorych;

3) poradnictwo dla tych, którzy nie są chorzy, ale też nie mają się dobrze.

Utrzymywał, że „każdy człowiek potrzebuje opieki lekarza; tylko głupi ludzie sądzą, że lekarz potrzebny jest tylko chorym".

Pisma Majmonidesa są mało znane, natomiast bardzo popularna jest ułożona przez niego modlitwa lekarza. Bez trudu można się przekonać, że pisał ją lekarz praktyk o bardzo dużym doświadczeniu.

Kultura arabska, a z nią medycyna, są zbyt odległe od nas w czasie, by można było ich reliktów szukać w naszej współczesności. Niektóre słowa pochodzenia arabskiego zatraciły swój arabski charakter i nikt nie zdaje sobie sprawy z ich

pochodzenia. Może jeszcze al-kohol czy al-chemia nasuną nam skojarzenia, ale inne, jak eliksir, salmiak, soda, ałun raczej nie.

Należy zwrócić uwagę, że w przeciwieństwie do chrześcijan, uznających rozdział między państwem a Kościołem, Mahomet stworzył państwo teokratyczne, którego podstawę stanowił islam. Koran, święta księga islamu, zawiera przepisy prawne i moralno-etyczne, a zarazem pewne nakazy rytualne i zakazy. Niektóre z nich odnoszą się do zdrowia: obrzezanie, post, zakaz jedzenia wieprzowiny, mięsa ze zwierząt, które padły i które nie zostały zabite rytualnie, spożywania krwi zwierzęcej i alkoholu. Ich rygorystyczne przestrzeganie przyczynia się być może do lepszego zdrowia wyznawców islamu.

3. Caritas christiana

Wspomnieliśmy, że uzdrawianie, jakiego dokonywał Chrystus, nie było celem samo w sobie. Uzdrawiając, dawał przykład, jak należy traktować chorego. Chrześcijaństwo, w stosunku do starożytności, zmieniło diametralnie swoje odniesienie do chorego człowieka. W przypowieści o miłosiernym Samarytaninie znaleźli chrześcijanie prawdziwy wzór do naśladowania, za którym poszły dziesiątki, setki, a nawet tysiące ludzi. I ten proces trwa do dziś.

Miłość chrześcijańska. Jej owocem jest dobroczynność, o której można pisać tomy. Jej znaczenie w kulturze europejskiej jest powszechnie znane i uznane. Zrodziła się w gminie jerozolimskiej,

a początek dali jej apostołowie (Dz 2, 44; 4, 32). Do posługi bliźnim powołano diakonów, później diakonise. Troską obejmowano ubogich, wdowy, sieroty, więźniów i chorych. Z czasem do opieki nad chorymi powstały zakony, później jeszcze szpitale, przytułki większe i mniejsze, i to na terenie każdej niemal parafii. Ale zanim to wszystko zostało powołane do życia i stało się dla naszej europejskiej kultury oczywiste, musiało być czymś niewiarygodnie zaskakującym u swego zarania. Takiego bowiem odniesienia do chorych starożytność antyczna nie znała. Posłuchajmy, co o tym mówi sam Hiob (30, 1–10), który w chorobie skarży się:

A teraz śmieją się ze mnie
wiekiem ode mnie młodsi.
Ich ojców umieścić nie chciałem
z psami przy mojej trzodzie:
bo cóż mi po pracy ich rąk,
gdy siły ich opuściły,
wynędzniali z biedy i głodu?
Zrywają rośliny pustyni,
ziemi od dawna jałowej.
Żywią się malwą i liśćmi krzewów.
Chlebem ich – korzeń jałowca.
Społeczność się ich wyrzeka,
krzyczy się na nich jak na złodzieja,
mieszkają na brzegu rzeki,
w jamach podziemnych i skałach.
Między krzewami zawodzą,
stłoczeni, nocują pod cierniem;
jak synów przestępcy i głupca
wypędza się ich z ojczyzny.
A teraz jestem przedmiotem ich fraszek
i tematem wesołych pieśni,

brzydzą się, omijają z dala
nie wstydzą się pluć mi w twarz.

Czy Hiob jest postacią historyczną, czy uosobieniem ludzkiego cierpienia nie zmienia to faktu, że opisana sytuacja jest odzwierciedleniem rzeczywistej sytuacji człowieka chorego w tamtym czasie, w przeciwnym bowiem razie zostałaby odrzucona jako czysto literacka fikcja. Innymi słowy, tak wyglądał stosunek do człowieka chorego w okresie przedchrześcijańskim. Przykład zaś nie jest wzięty od pogan, lecz ze Starego Testamentu. A to duża różnica, bo Bóg Izraela jest już Bogiem miłosierdzia („Miłosierdzia pragnę!"): nakazuje zaniechać odwetu, przyjść z pomocą potrzebującym, opiekować się wdowami i sierotami. Dla chrześcijan miłosierdzie stanie się kryterium zbawienia: *Cokolwiek uczyniliście jednemu z tych najmniejszych, Mnieście uczynili* (Mt 25, 40). Stąd dla Pawła poganie to ludzie *bezrozumni, niestali, bez serca, bez litości* (Rz 1, 31).

Różnice zachodzące pomiędzy poganami a chrześcijanami zauważono dość wcześnie. Lucjan, rzymski, a zatem pogański pisarz stwierdzał:

> „Szczerość, z jaką ludzie tego wyznania pomagają sobie nawzajem w potrzebie jest wprost niewiarygodna. W ogóle się przy tym nie oszczędzają. Ich pierwszy prawodawca wpoił im, że wszyscy są braćmi".

Podobnie dwa wieki później Julian Apostata, przeciwnik chrześcijaństwa, widział i dawał temu świadectwo:

> „Pogańscy kapłani lekceważą biednych, podczas gdy znienawidzeni Galilejczycy poświęcają się dobroczynności i poprzez okazywanie fałszywego współczucia wcielili w życie zgubne błędy".

Miłosierdzie wpisało się tak głęboko w mentalność europejską, że stało się czymś oczywistym. Żeby to sobie uświadomić, trzeba

skonfrontować nasze spojrzenie z innym, pozaeuropejskim sposobem myślenia, i to niekoniecznie uciekając się do przeszłości. Nasiłowski, lekarz chirurg, który wiele lat spędził wśród mieszkańców środkowej Afryki, pisze, opierając się na własnym doświadczeniu: „Miłosierdzie jest cechą niezbyt dokładnie rozumianą przez Afrykańczyków [...]. W bezinteresowność nikt tu nie chce wierzyć".

Mieszkańcy Jerozolimy, którzy jako pierwsi doświadczyli miłosierdzia, musieli być równie zaskoczeni, jak w czasach nam już współczesnych ten pierwszy Hindus, którego matka Teresa zgarnęła z ulicy:

– Dlaczego to robisz? – zapytał.

– Bo cię kocham – odpowiedziała.

Czy zrozumiał?

4. Św. Benedykt i jego znaczenie dla kultury europejskiej

Rola i znaczenie tego świętego wykracza daleko poza granice hagiografii. Benedykt z Nursji (ok. 480–547), po latach spędzonych w Subiaco w samotności, wyruszył, by założyć zakon i zbudować klasztor na Monte Cassino, na miejscu świątyni pogańskiej. Był to rok 529.

Podstawą życia mnichów stała się reguła – *regula Benedicti*. Zwróćmy uwagę na jej istotne dla nas momenty. Benedykt kładzie nacisk na godność osoby ludzkiej: *Honorare omnes homines*, a zatem na godność każdego człowieka. Następnie zwraca uwagę na godność ludzkiej pracy – każdej pracy. W czasach, gdy tradycje niewolnictwa były jeszcze żywe, szok musiały wywoływać sformułowania, że każdy człowiek ma tę samą godność, bez względu na pozycję życiową, i że każda praca ma tę samą wartość. To było nie do przyjęcia. Przecież jeszcze dziś pewne nauki nazywa się sztukami wyzwolonymi, bo były one zajęciami godnymi ludzi wolnych, a zatem nie niewolników. Tymczasem według wyobrażeń Benedykta, zajęcia jednych i drugich miałyby mieć taką samą wartość w oczach Boga? A jednak! Dzięki temu podziałowi pracy niektórzy mnisi mogli w skryptoriach oddawać się zajęciom intelektualnym, podczas gdy inni dbali o ich utrzymanie.

Do tej idei po stuleciach nawiązał Jan Paweł II w encyklice *Laborem exercens* (II, 6). Wspominając starożytność, napisał:

> „Praca, która domagała się ze strony pracującego wprzęgnięcia jego sił fizycznych, praca mięśni i rąk, uważana była za niegodną ludzi wolnych, do wykonywania jej natomiast przeznaczano niewolników. Chrześcijaństwo [...] dokonało tutaj zasadniczego przeobrażenia pojęć, wychodząc [...] od faktu, że [Chrystus] większą część lat swego życia na ziemi poświęcił [...] pracy fizycznej".

Stąd też H. Hümmeler mógł napisać prawdziwie, a pochlebnie:

> „Uświęcenie pracy i uświęcenie przez pracę, to było posłanie Monte Cassino w czasie kiedy liczył się tylko miecz. Tylko z takiej milczącej, pełnej oddania pracy mogła na ruinach antyku wzrosnąć Europa".

Czy można się dziwić, że Benedykt został jej patronem?

Ale wróćmy na nasze podwórko. Z punktu widzenia historii medycyny istotny jest obowiązek troski o chorych:

Infirmorum cura ante omnia et super omnia adhibenda est
Trzeba przedłożyć troskę o chorych przed wszystkim i nade wszystko.

Chorego należy miłować, jakby to był sam Chrystus. Przypomnijmy: lekarz starożytny nie był zobowiązany do troski o nieuleczalnie chorego. To psuło mu reputację. Dziś, bywa, że ordynator wypisuje takich chorych, by nie psuć sobie statystyki. Ale ogólnie stosunek do umierających zmienił się diametralnie. A rzecz zaczęła się właśnie wtedy. Niechętne spojrzenie historyków marksistów na sprawy kościelne w tym miejscu nie znajdowało sposobności do rzucania kalumnii.

Rozwój szpitalnictwa

Odniesienie benedyktynów do medycyny było praktyczne i naukowe. W pierwszym przypadku chodziło o czynną pomoc lekarską. Benedykt sam leczył; opisano kilka przypadków przez niego wyleczonych. Poza tym założył szpital i nakazywał swym opatom zakładanie szpitali. Szpitale – *hospitale pauperum*, zwane też z grecka *xenodochium* – przewidziane były na 12 chorych, jak dwunastu było apostołów. Klasztorów przybywało z roku na rok w całej Europie, a z nimi wzrastała liczba szpitali.

Pierwsze szpitale stanowiły miejsca schronienia dla potrzebujących pomocy, zwłaszcza dla wędrujących do Ziemi Świętej pielgrzymów. Odkarmiano ich, umywano, opatrywano rany, leczono dolegliwości i wyposażano na dalszą drogę. Taki pielgrzym był więc gościem – *hospes*; stąd pomieszczenia,

w których przebywał, nazywano: *hospicium*, *hospedale*, *spedale*, i blisko już było do polskiej nazwy: szpital.

Z czasem, w imię miłosierdzia chrześcijańskiego przyjmowano nie tylko wędrujących i nie tylko chorych. Należało bowiem pochylić się nad wszelką nędzą ludzką. Szpitale stawały się przytułkami. Kościół czuł się zobowiązany do niesienia pomocy biednym i chorym. Sobór Trydencki wiele uwagi poświęcił szpitalnictwu, nakładając na biskupów obowiązek troski o chorych i ubogich. Małe szpitale powstawały w każdej parafii. W Polsce niektóre zachowały się jeszcze do dziś.

Jednak biednych zaczynało przybywać i Kościół nie był w stanie przyjść wszystkim z pomocą. Zgłaszali się ludzie chorzy, wymagający pomocy lekarskiej i leków. Skąd wziąć fundusze? Stąd zrodziła się potrzeba zainteresowania czynników miejskich. Stopniowo zaczęto przerzucać odpowiedzialność na władze miejskie.

W miarę organizowania się życia miejskiego, miasta przejmowały ten obowiązek na siebie. W przytułkach dla ubogich nie brakowało też darmozjadów i obiboków, na darmowym chlebie pędzących nędzny żywot. Wystąpił przeciw nim Luter – i miał niewątpliwie rację. Z drugiej strony likwidacja klasztorów w Anglii przez Henryka VIII przyczyniła się do wzrostu nędzy ludzkiej i wielkiego bezprawia. Dobroczynność związana dotąd z klasztorami nie została przejęta przez świeckie społeczeństwo; przynajmniej nie na taką skalę, jak oczekiwano.

Wraz z instytucjami szpitali pojawili się ludzie oddani chorym: zawiązywały się zakony i bractwa. W związku z wojnami krzyżowymi powstałyzakony rycerskie, które – wcześniej lub

później – przejmowały opiekę nad rannymi i chorymi. Do nich należeli przede wszystkim joannici, czyli Bracia Szpitalni św. Jana Jerozolimskiego, mający w Jerozolimie hospicjum, w którym zapewniano pielgrzymom pomoc. Później będą i są znani w świecie pod nazwą Zakonu Kawalerów Maltańskich. Do tych rycerskich zakonów należał również Zakon Niemiecki (Deutschorden), zwany u nas Krzyżakami, którego działalność charytatywna została przyćmiona działalnością polityczną. Wreszcie lazaryści, czyli Szpitalnicy św. Łazarza w Jerozolimie, którzy z czasem przejęli opiekę nad trędowatymi.

Z innych zakonów poświęcających się chorym największą rolę odegrał Zakon Świętego Ducha założony przez Gwidona z Montpellier w drugiej połowie XII wieku. Zyskał on uznanie w oczach wielkiego papieża Innocentego III, który przeniósł dom generalny zakonu do Rzymu. Szpital tego zakonu służył nie tylko chorym, ale i samotnym matkom, przejmując opiekę nad niechcianymi dziećmi. Budynek szpitala istnieje do dziś w Rzymie. Duchacy byli również w Polsce. Pamiątką ich obecności u nas jest nazwa placu Św. Ducha i ulicy Szpitalnej w Krakowie. Przy niej ciągle jest klasztor żeńskiej gałęzi tego zakonu. Męska już nie istnieje.

Przychodząc z pomocą chorym i ubogim, nie zapominano o życiu duchowym. Być może miało to czasem charakter powierzchowny lub przymusowy – w działaniu człowieka nigdy nie brak wypaczeń – ale z zasady pamiętano o sprawach sumienia, troszczono się o zbawienie, niesiono pociechę, słowo krzepiące, a zatem przedmiotem zainteresowania była nie tylko cielesna strona człowieka, ale i jego psychika. Sprawy te w późniejszej działalności

szpitali zepchnięto na margines, co najwyżej powierzając je kapelanowi szpitalnemu (w okresie komunistycznym nie bez trudności).

W bliższych nam czasach nazwa „hospicjum" powróciła, choć w innym znaczeniu. W połowie XIX wieku Siostry Miłosierdzia w Dublinie powołały do życia dom opieki, w którym chorzy śmiertelnie (dziś określani jako chorzy terminalnie) mogli dożyć spokojnie swych ostatnich chwil. Być może odegrała tu rolę analogia: średniowieczne miejsce odpoczynku w drodze do miejsc świętych stało się teraz przystankiem w drodze do wieczności. Wkrótce powstały podobne instytucje w Londynie, Nowym Jorku i innych miejscach świata. Sformułowano pojęcie choroby terminalnej; za chorych terminalnie zaczęto uważać takich, których choroba prowadzi w mniej lub więcej dającym się przewidzieć czasie do śmierci, pomoc lekarska zaś nie jest skierowana na leczenie, lecz na łagodzenie skutków choroby.

Ruch hospicyjny rozwinął się po wojnie. Wiąże się go z nazwiskami Cecily Saunders i Davida Taśmy. Taśma był polskim Żydem, któremu udało się uciec z warszawskiego getta do Anglii. Gdy Saunders i Taśma spotkali się jesienią 1947 roku, on był chory na raka i dni jego życia były policzone. Nie miał ani rodziny, ani przyjaciół. To z ich rozmów zrodziła się potrzeba stworzenia miejsca, gdzie ludzie śmiertelnie chorzy znajdą godne warunki do przeżycia ostatnich dni. Tego trudu podjęła się Saunders, a Taśma testamentem zapisał jej 500 funtów. W 1967 roku na przedmieściu Londynu Sydenham powstało hospicjum św. Krzysztofa.

W opiece hospicyjnej troska o chorych nie ogranicza się wyłącznie do ich strony cielesnej, ale obejmuje również ich życie

duchowe. Zatem spełnia się to, o co upominał się Jan Paweł II w encyklice *Evangelium vitae* (IV, 88):

> „Pod szczególną rozwagę należy wziąć na nowo rolę *szpitali, klinik i ośrodków rekonwalescencji*: zgodnie ze swoją prawdziwą tożsamością nie są one jedynie instytucjami, w których otacza się opieką chorych i umierających, ale przede wszystkim środowiskami, w których dostrzega się i przeżywa ludzki i prawdziwie chrześcijański sens choroby, cierpienia i śmierci. Ta tożsamość powinna być szczególnie wyraźnie widoczna w *instytucjach prowadzonych przez zakony lub w jakiś sposób związanych z Kościołem*".

Medycyna monastyczna (klasztorna, mnisia)

W czasach, które nastąpiły po upadku imperium rzymskiego, wśród zamieszek wywołanych najazdami Wandali, Wizygotów, Ostrogotów i innych ludów, wzajemnymi wojnami o utwierdzenie nowych państw na zmienianych coraz to terytoriach, względny spokój znajdowali jedynie mnisi zamknięci w klasztorach. Stąd klasztory spełniły niezwykle pożyteczną rolę wobec nauki i medycyny naukowej. Rzecz jasna, nie w dzisiejszym znaczeniu. Ale troszcząc się o teksty starożytnych, mnisi nie zaniedbywali również pism antycznych lekarzy. Tylko dzięki nim mamy dostęp do źródeł.

W tym środowisku powstały też nowe dzieła medyczne. **Flavius Cassiodor** (ok. 490–533) był rzymskim mężem stanu, który w pewnym okresie wycofał się z życia politycznego i wstąpił do klasztoru. Przeniósł tu całą swoją bibliotekę i poświęcił się pracy nad starożytnymi tekstami. Był autorem utworu o działaniu leczniczym roślin: *Hortulus*. W kilka wieków później **Walafrid Strabo** (ok. 809–849) napisał utwór pod tym samym tytułem i na

ten sam temat. Ale, by ułatwić pamięciowe opanowanie materiału, ułożył go w 444 heksametrach.

Ten sposób uczenia się przyjął się potem w szkole salernitańskiej, która powstała i rozwijała się pod wpływem benedyktyńskiego doświadczenia.

Zanim do tego przejdziemy, warto wspomnieć o *discretio*, o cnocie, którą Benedykt wysuwał na pierwsze miejsce, jako *mater virtutum* – matkę cnót. *Discretio* to roztropność, zdolność mądrego rozróżniania pomiędzy dobrym a złym, koniecznym a niekoniecznym, istotnym a nieistotnym. Mnichów chorych i słabych chroniła przed nadmiernymi obowiązkami, zdrowym zaś zalecała umiar w jedzeniu i piciu. Zatem są to zalecenia nader aktualne, jakby wyjęte ze współczesnej deklaracji WHO, która również przestrzega przed nieumiarkowaniem w jedzeniu i piciu, ostrzega przed skutkami palenia, używania alkoholu i przeciążeniem pracą. *Discretio* jest więc najlepszą profilaktyką chorób.

5. Szkoła salernitańska

Udział duchownych w niesieniu pomocy lekarskiej chorym był bezsprzeczny i odegrał wspaniałą rolę w dziejach medycyny. Z czasem jednak to działanie stawało się dla mnichów coraz bardziej uciążliwym obowiązkiem i odciągało ich od zasadniczych spraw. Kościół coraz mniej chętnie patrzył na lecznictwo

uprawiane przez zakonników, wreszcie im zabronił. Rola duchownych w dziejach medycyny wygasła około 1110 roku. Ale w tym czasie powstawały już szkoły medyczne, zatrudniające ludzi świeckich i kształcące ludzi świeckich.

Szczególnego rozgłosu nabrała szkoła w Salerno. Do położonego nad Zatoką Neapolitańską Salerno benedyktyni przybyli w bliżej nieokreślonym czasie i założyli klasztor, a przy tym zajęli się opieką nad chorymi, jak to było w benedyktyńskim zwyczaju. W VII wieku Salerno było już znane i ściągało chorych, nawet wybitnych chorych. Przy całym szacunku dla Hipokratesa i Galena, benedyktyni starali się jednak oprzeć działanie na doświadczeniu. Odnosiło się to również do chirurgii; nieobce im były amputacje i trepanacje. W roku 969 biskup Reims przybył do Salerno z powodu kamienia moczowego. Dowodzi to, że sztuka usuwania kamienia była im znana.

Św. Tomasz z Akwinu pod koniec XIII wieku pisał o ówczesnych ośrodkach kształcenia: *Quatuor sunt urbes caeteres praeminentes: Parisius in scientiis*, *Salernum in medicinis, Bononia in legibus, Aurelianis in actoribus* (Przede wszystkim są cztery znakomite miasta: Paryż w naukach, Salerno w medycynie, Bolonia w prawie, Aurelianis w sztuce aktorskiej). Dowodzi to, że Salerno było w czołówce światowej pod względem wiedzy i nauczania medycyny.

Do wybitnych przedstawicieli tamtejszej szkoły należy **Konstantyn Afrykańczyk** (1015–1087), zwany nauczycielem Wschodu i Zachodu. Pochodził z Kartaginy, stąd jego przydomek *Africanus*. Po wędrówkach na Wschodzie osiadł zrazu w Salerno, a potem na Monte Cassino i oddał się pracy pisarskiej. Ogromne

jego dzieło znane jest tylko we fragmentach. Można się jednak zorientować, że było to kompendium ówczesnej wiedzy medycznej. Konstantyn sam miał wiedzę rozległą, ale pisał bez oglądania się na prawa autorskie, bo takie wówczas nie istniały. Pisał po łacinie, a zatem w najbardziej znanym języku, a nadto w formie przystępnej, tak aby nauka jego przynosiła pożytek; to wciąż pozostaje wzorem do naśladowania. Jedyna jego oryginalna rzecz dotyczy chorób żołądka.

Z innych autorów tamtego okresu na wzmiankę zasługuje Garioponto, który napisał *Passionarius Galeni*, a z późniejszych Ruggiero, autor *Chirurgii* (XII w.). Dzieła te ukazywały się jeszcze po wynalezieniu druku, co dowodzi ich aktualności.

Ze szkoły salernitańskiej wyszły również kobiety – *mulieres salernitane*. Zajmowały się położnictwem i chorobami kobiet. Znana z nazwiska jest Trotula, autorka dzieła *De passionibus mulierum seu de remediis mulieribus* (koniec XI w.), oraz Abella, która pisała o czarnej żółci: *De atra bile*, i Calenda, później zatrudniona na dworze Jana I w Neapolu.

Ale dziełem, najbardziej kojarzącym się nam ze szkołą salernitańską, jest poemat Jana z Mediolanu, lekarza i poety, który mądrość i wiedzę tej szkoły ujął w wiersze. Chodziło o to, aby wskazania, które byśmy dziś nazwali „prozdrowotnymi", przekazać nie tylko wykształconym medykom, lecz szerokiemu ogółowi i to w formie prostej, przystępnej, a zarazem łatwej do zapamiętania. Dziełu swemu Jan z Mediolanu dał tytuł: *Flores medicinae*. Później upowszechniono je pod tytułem *Regimen sanitatis salernitanum*.

Najbardziej znany jego dwuwiersz brzmi:

Contra vim mortis,
Nulla herba in hortis.
Przeciw sile śmierci,
nie rośnie ziele w ogrodzie.

I aktualna do dziś rada:

Post coenam stabis,
Seu mille passus meabis. Po obiedzie będziesz stał,
lub zrobisz tysiąc kroków.

Ale przyjrzyjmy się jeszcze innym zaleceniom:

Si vis incolumem, si vis te reddre sanum,
Curas pelle graves, irasci crede profanum,
Parce mero, coenato parum; non sit tibi vanum,
Surgere post epulas;somnum fuge meridianum.
Non mictum retine, nec fortiter comprome anum.
Haec bene si serves, tu longo tempore vives.
Si tibideficiant medici, medici tibi fiant
Haec tria: mens hilaris, requies, moderata diaeta.

W przekładzie W. Szumowskiego:

> „Jeśli chcesz uczynić siebie rześkim i zdrowym, unikaj ciężkich trosk i wierz, iż tylko profan się gniewa. Pij mało wina, jadaj niewiele; nie uważaj za rzecz zbędną wstać po jedzeniu; unikaj snu południowego. Nie wstrzymuj moczu, nie zaciskaj mocno odbytnicy. Jeśli tego będziesz dobrze przestrzegał, będziesz długo żył. W braku lekarzy niech będą twymi lekarzami trzy rzeczy: pogodny nastrój, spoczynek, umiarkowane pożywienie".

Doceniając znaczenie poradnika zdrowia, jakim był *Regimen...*, starano się w Polsce zrobić jego przekład i to również w formie rymowanej. Mamy trzy takie przekłady: Hieronima Olszowskiego (XVII w.), Józefa Załuskiego (XVIII w.) i Ferdynanda Chotomskiego (XIX w.)[3]. Przytoczmy kilka przykładów.

O czterech humorach w ciele ludzkiem

Cztery w ciele człowieczym humory panują
Melankolią, Phlegmą i Krwią je mianują
Przy nich czwarta Cholera. Ta ogniu podobna.
Melankolią z ziemią porównać sposobna,
Powietrze z kompleksyją krwawą swóy kształt zgodzi,
Woda phlegmatykowi wilgotna wygodzi.
H. Olszowski

Profilaktykę zalecał J. Załuski:

Nic ci bardziej nie szkodzi, jako przedłużona
Wieczerza, pijatyka, długa i szalona,
Wieczerza krótka, skromna, pomierna i głodna
Letkim, zdrowym cię czyni, rzecz jest wiary godna.

Z zakresu fitoterapii:

Anysz wzrok czyści, doda wnętrzu posilności.
To lepszy, który więcej ma w sobie słodkości.

Miętka gdy robak trapi żołądek schorzały
Ma je z ciebie wypędzić snadnie przymiot cały.
Szafran serce weseli i władzy dodaje
Przezeń mdły człowiek znowu do sił powstaje.
Wątrobę naprawuje, zgoła wielkie cnoty,
A nade wszystko z serca, że złoży kłopoty.

Popularności poematu Jana z Mediolanu dowodzi przekład dokonany już w naszych czasach przez żyjącego na obczyźnie lekarza Stefana Galewskiego[4]. Warto przypomnieć jego słowa z książki *Jak żyć, żeby długo żyć* (s. 14):

„Obmycie po posiłku podwójnie pomaga,
Rękom czystość przywraca, bystrość wzroku wzmaga,
Więc jeśli w zdrowiu Swoje upatrujesz szczęście,
Ręce, oczy obmywaj wodą jak najczęściej.
W czas posiłku do szklanki nie zaglądaj z wodą,

Bo wraz z niepożądaną żołądka ochłodą
Niepotrzebnie ofiarą padniesz niestrawności –
A tak łatwo uniknąć tej dolegliwości.
Wina zapach, smak, barwa i błysk, co się pali
Podstawą są oceny, a pięć słów je chwali:
MOCNE ma być jak miłość, DOJRZAŁE jak miód,
Jak kwiat WONNE i ŚWIEŻE, a ZIMNE jak lód".

6. Montpellier

Szkoła w Salerno miała znaczący wpływ na powstanie szkoły medycznej w Montpellier, w południowej Francji. Zawiązała się ona pod koniec XII wieku, a zatem jeszcze przed powstaniem uniwersytetów. U początków jej stali wychowankowie Salerno, ale w XIII wieku zabłysła już własnymi wybitnymi nazwiskami. Wśród nich byli: Piotr Hiszpan (późniejszy papież Jan XXI), Arnold de Villanova (1245–1315), alchemik i odkrywca nowych związków chemicznych, a przede wszystkim Guy de Chauliac (ok. 1300–1368) – chłopski syn, który z pomocą Kościoła rozpoczął naukę w Montpellier, by potem po dojściu do sławy dać się poznać w wielu innych ośrodkach i powrócić znowu do rodzinnego miasta. W 1363 roku ukazało się jego dzieło *Collectorium artis chirurgicalis medicinae*. Był to podręcznik chirurgii, który znalazł uznanie w oczach kilku generacji lekarzy. Wydrukowano go w 1478 roku.

W Montpellier przebywał przez 30 lat lekarz znany jako Mikołaj z Polski. Zachowało się jego dzieło *Experimenta et tractatus de*

serpentibus. Żył potem w Krakowie, gdzie m.in. leczył Leszka Czarnego i jego żonę Gryfinę.

Fakultet słynny przez wiele wieków przyćmiony został później przez bardziej popularne uniwersytety, ale działał nieustannie. Warto wiedzieć, że w XIX wieku przygarnął polskich studentów medycyny, którzy musieli emigrować po powstaniu listopadowym. Jako wyraz wdzięczności ufundowali tu popiersie Hipokratesa. Wydział Farmacji CM UJ pozostaje do dziś w stałej współpracy z tą uczelnią.

Uczelnie w Salerno i Montpellier, opierając się na starej tradycji, nawiązały znowu kontakt. Szkoła salernitańska miała wpływ na tworzący się w Bolonii uniwersytet. Wraz z jego wzrostem jej znaczenie zmalało.

7. Uniwersytety

Gdyby średniowiecze było jednym wielkim Ciemnogrodem, tak jak je przedstawiali historycy marksiści, zwłaszcza w podręcznikach szkolnych, nie powstałyby wtedy uniwersytety, z których ludzkość jest dumna do dziś. Do dziś bowiem są one ogniskami wiedzy i pracy naukowo-badawczej, do dziś szkolą zastępy inteligencji zawodowej.

Początki uniwersytetów sięgają wieków XII i XIII. Zapłonem była konfrontacja ówczesnej wiedzy z nowo odkrytą myślą Arystotelesa, najwybitniejszego filozofa starożytności.

> „Rosnąca chęć przeniknięcia rozumem dotychczas kornie przyjmowanych zasad wiary, pragnienie pogodzenia prawdy objawionej, ogłoszonej przez Kościół, z nowo poznaną filozofią arystotelesowską stworzyły tzw. kierunek scholastyczny. Główną jego cechą była dążność do spekulacji filozoficznej, pragnienie wyposażenia rozumu ludzkiego, dotychczas słabego i szukającego oparcia w wierze, w zdolność abstrakcyjnego, śmiałego myślenia i pewność logicznego wnioskowania. Scholastyce, tej potężnej dźwigni wiedzy średniowiecznej, zawdzięczały odradzające się lub też powstające nauki teologiczne, prawnicze i lekarsko-przyrodnicze rzecz szczególnie cenną – metodę”[5].

Ludzie o zainteresowaniach intelektualnych łączyli się, zawiązując korporacje, gromadzili wokół siebie uczniów, z których wywiodą się później znowu mistrzowie-nauczyciele. Tak było w Bolonii, tak było w Paryżu. Oba te uniwersytety walczyły o palmę pierwszeństwa. Wkrótce stało się jasne, że aby zapoznać się z myślą teologiczną i filozoficzną, trzeba się udać do Paryża, aby zaś zgłębić nauki prawne – do Bolonii. Medycyny można się było uczyć w Salerno we Włoszech lub w Montpellier we Francji, później w Padwie.

Podobne ośrodki mniejszej rangi powstawały tu i ówdzie, mając raczej znaczenie lokalne. Określano je jako *studium particulare*. Z czasem bardziej ambitne środowiska naukowe będą uprawiać całą ówczesną wiedzę, a nauczanie będzie miało charakter powszechny; stąd zrodzi się nazwa: *studium generale*.

Takie ośrodki wiedzy i nauczania w XIII wieku istniały w większości krajów Europy. W 1348 roku powstał uniwersytet w Pradze, w 1364 w Krakowie. Od pierwszej połowy XIV wieku zezwolenie na powstanie uniwersytetu wydawał papież, co stanowiło niejaką gwarancję należytego poziomu.

Co cechuje uniwersytet?

Po pierwsze: obejmował on wszystkie nauki wówczas uprawiane – *universitas litterarium*, skąd się bierze nazwa uniwersytetu. W jego skład wchodziły cztery wydziały: filozoficzny, teologiczny, prawa i medycyny.

Po drugie: uniwersytet miał prawo nadawania stopni naukowych uprawniających do powszechnego nauczania.

Uczniowie gromadzili się wokół mistrzów (*universitas magistrorum et scholarium*). Mistrz czytał dzieła wybitnych autorów, komentował je, uczniowie zaś słuchali, uczyli się, odbywali także dysputy, które dowodziły nie tylko pamięciowego opanowania materiału, ale umiejętności logicznego myślenia. Po spełnieniu pewnych warunków uzyskiwali stopnie uniwersyteckie powszechnie, czyli w całej Europie uznawane.

Profesorzy mieszkali w kolegiach, uczniowie w bursach.

Kogo uczono?

Kto był uczniem i jak wyglądał dobór uczniów na studia wyższe? Przypatrzmy się na przykładzie polskim, który przecież nie odbiegał od wzorów europejskich. Kandydat na studia wynosił podstawowe przygotowanie ze szkół parafialnych, licznych na terenie kraju. Reprezentowały one – rzecz jasna – różny poziom w zależności od możliwości i dobrej woli zawiadującego szkołą proboszcza, ale umożliwiały naukę czytania i pisania oraz wyposażały w podstawowe elementy łaciny, bez której dalsza nauka była nie do pomyślenia.

W wieku lat 15 kandydat na ucznia Wszechnicy Jagiellońskiej opuszczał dom rodzinny i wędrował do Krakowa. Zważmy, ile to wymagało samozaparcia. Nie wszystkich było na to stać, by wyruszyć w nieznane, przemierzyć setki kilometrów z tłumoczkiem na ramieniu, czasem z mizernym zaopatrzeniem na drogę i kilka najbliższych dni po przybyciu.

Naukę na akademii rozpoczynano od wpisu, czyli immatrykulacji. Edukację rozpoczynano od wydziału filozoficznego. Do czasu powstania szkół średnich wydział ten spełniał właśnie ich rolę, przygotowując do właściwych studiów na którymś z pozostałych wydziałów: teologicznym, prawniczym lub medycznym. Nauka na wydziale filozoficznym obejmowała przedmioty zwane sztukami wyzwolonymi, czyli *artes liberales*, zwane już tak w czasach rzymskich. Uczono w dwóch etapach:

– pierwszy, zwany *trivium*, obejmował: gramatykę ze znajomością literatury, dialektykę z elementami filozofii i retorykę;

– drugi, zwany *quadrivium*: arytmetykę, muzykę, geometrię z miernictwem, astronomię.

Po odbyciu odpowiednich dysput, w których uczeń wykazywał się nie tylko zasobem wiedzy, ale też umiejętnością logicznego rozumowania, obalania lub potwierdzania stawianych mu tez, argumentacji i kontrargumentacji, kończył *trivium* i otrzymywał wtedy stopień bakałarza (miał wtedy 17 lat), a po ukończeniu *quadrivium* – magistra *artium*, czyli mistrza sztuk wyzwolonych. Miał wtedy, mniej więcej, 20 lat. To umożliwiało mu przystąpienie do studiów na wybranym wydziale.

Z czego ci młodzi ludzie żyli? Zatrudniali się fizycznie i umysłowo: biedniejsi usługiwali bogatszym kolegom, starsi uczyli młodszych kolegów lub dzieci w mieście, przepisywali kodeksy, malowali miniatury.

Studia były płatne. Wymagano opłat już przy wpisie, tak samo przy uzyskiwaniu stopni. To był czynnik hamujący napływ młodzieży na studia. Po uzyskaniu stopnia magistra sztuk wyzwolonych kandydat na lekarza wybierał Wydział Lekarski – *Facultas Medica*, na którym miał spędzić, lekko biorąc, dalsze pięć lat. Dwa pierwsze potrzebne były do uzyskania bakalaureatu w medycynie, który umożliwiał wykonywanie pewnych mniej poważnych zabiegów medycznych. Po trzech następnych latach uczeń uzyskiwał licencjat upoważniający go do samodzielnego praktykowania, chociaż z ograniczeniami, tzn. bez lekarstw silnie działających i, rzecz osobliwa, bez astrologii.

Teraz mógł myśleć o doktoracie. Nie była to czysta formalność. Stawiano mu tezy, które musiał obronić – stąd dziś jeszcze mówi się o obronie pracy doktorskiej, choć co innego to już znaczy. Ale do doktoratu trzeba się było przygotować również finansowo. Na to potrzeba było kilku lat pracy, przy ograniczonych co prawda, ale realnych możliwościach zarobkowania.

Józef Rostafiński wyliczył opłaty w czasie studiów: na wydziale filozoficznym – 12 grzywien, czesne na wydziale lekarskim przez pięć lat – 37 grzywien, egzamin bakalaureacki – 3, licencjacki – 6 grzywien. Na utrzymanie przez osiem lat potrzebne były 32 grzywny. W sumie: 92 grzywny. To suma niebagatelna. A jeszcze doktorat, dyplom, opłaty, prezenty, uczta[6].

Dopiero teraz następowała uroczysta ceremonia. Ubrali go w togę, założyli mu na głowę biret, a pierścień na palec, złożył uroczystą przysięgę, ucałowali go (*osculum pacis*), on zaś wręczył im podarunki i zaprosił na ucztę...

Co dawał doktorat z medycyny? Oficjalnie: *Ius ubique practicandi et medendi*, czyli nasz doktor mógł w całej Europie „praktykować", a więc leczyć; oraz: *Ius ubique docendi, libros medicos legendi et interpretandi*, czyli miał prawo wszędzie nauczać, tj. czytać i objaśniać księgi lekarskie.

Młodzi doktorzy rwali się do leczenia, bo to zwolna stabilizowało ich pozycję życiową – choć nie tak jak dobry związek małżeński. Wyjeżdżali potem w świat dla dopełnienia wiedzy i wzbogacenia doświadczenia, niektórzy zatrzymywali się na uniwersytetach włoskich jako nauczyciele, jak J. Struś, który pozostał w Padwie, korzystając z prawa wykładania. Ale – po prawdzie – tych uczniów polskich było niewielu. Historycy doliczyli się w pierwszej połowie XV wieku – 4, a w drugiej – 8. Doktorów było tak mało, że niektórzy historycy wątpią, czy byli w ogóle. Może to nie było tak ważne, ponieważ na horyzoncie studiów lekarskich pojawiła się Padwa – mekka medyków z całej Europy.

Jak uczono?

Medycyna nie mogła się obejść bez anatomii, chociaż od czasów starożytnych nie poczyniła w tym zakresie najmniejszego postępu. Jak więc wyglądała anatomia przed wielkimi odkryciami, które miały nastąpić dopiero w XVI wieku? Podstawą nauczania był podręcznik Mondina. **Mondino dei Lucci** (1275–1327) pochodził

z Bolonii, w której też spędził swoje życie. Zasługą jego jest, że po wielowiekowej przerwie powrócił do sekcjonowania i opisu narządów z autopsji, co zawarł w swym dziele *Anatomie* (1316). Miało ono ogromne znaczenie, doczekało się nawet druku i ilustracji drzeworytniczych. Jakże jednak są one naiwne, jak nie odzwierciedlają budowy poszczególnych narządów i ich ułożenia w jamach ciała. Wszakże i to było dobre, bo przyszły lekarz mógł się przynajmniej dowiedzieć, jakie narządy znajdują się w jamie brzusznej, jak jest ułożona wątroba, trzewia, narząd rodny; a dalej o zawartości klatki piersiowej: o płucach, a zwłaszcza o sercu i jego budowie. Uczył się rozróżniania pomiędzy żyłami „suchymi", czyli nerwami, i „krewnymi", czyli naczyniami. Mondini próbował podważać autorytet Galena, ale czynił to zbyt ostrożnie.

Podręcznik, jeśli nawet zawierał wiedzę opartą na przeprowadzonych sekcjach, był tylko podręcznikiem, ale samo sekcjonowanie nie stanowiło jeszcze podstawy wykształcenia lekarskiego. Te czysto teoretyczne wykłady uzupełniane były dość nieoczekiwaną sposobnością, jaką było bicie wieprza na Wielkanoc. W literaturze polskiej mamy na ten temat relację. Twórca ponad 800 polskich nazw roślin Marcin Siennik w *Lekarstwach doświadczonych* (Kraków 1564) pisał:

> „Przyglądało się, skoro bito wieprze na Wielkanoc i na Gody, po której stronie leży serce, gdzie znajdują się dziurki prowadzące od nosa do mózgu, szukało się w mózgu, czy się nie znajdzie ten robak *emigranaeus*, który powoduje ból głowy, a skoro na rynku krakowskim ćwiartowano złoczyńcę, wówczas *facultas medica* z dziekanem na czele, wszyscy *doctores civitatis*, a z nimi i medycy szli, ażeby przekonać się, czy człowiek tak samo jest zbudowany jak wieprz".

Rzadkie okazje, jakimi były egzekucje złoczyńców, nie stwarzały okazji do poznania budowy ciała ludzkiego, było to bowiem – jak słusznie pisze Siennik – ćwiartowanie, a nie preparowanie, umiejętność sekcjonowania zrodziła się znacznie później.

Taka powierzchowna znajomość anatomii była pomocna przy wykonywaniu zabiegów chirurgicznych (w której to sztuce był biegły sam Mondino). Umożliwiała prawidłowe nakłuwanie (*paracentesis*) klatki piersiowej czy jamy brzusznej w wodobrzuszu, leczenie przepukliny, u większych mistrzów usunięcie kamienia moczowego (lithotomię), a w codziennej praktyce wyznaczała miejsce do stawiania baniek i puszczania krwi. Zatem były to wskazówki bardziej dla cyrulika niż dla lekarza. Bo tak też w rzeczywistości było. Ludwik Gąsiorowski, historyk medycyny z XIX wieku, pisał:

> „Około r. 1530 anatomia naszym lekarzom mało co była znana i dlatego wyśmiewał się z nich publicznie w Krakowie kat ćwiartujący 4 winowajców, jakoby nie wiedzieli, że człowiek ma żołądek. Czemu Siennik przytomny, mocno obrażony, chciał odpowiedzieć na zarzut kata, lecz jak sam mówi, że był najmłodszym z lekarzy obecnych tracenia, zamilkł”[7].

Czy znajomość anatomii była potrzebna lekarzowi? Wszelkie odkrycia zaczynają się od pytania: jak to jest? A skoro lekarz uwikłany w teorię o czterech humorach i ich właściwościach w zasadzie wszystko wiedział, co mu było potrzebne do stosowania sztuki lekarskiej, nie miał potrzeby wchodzenia w tajemnice budowy ciała ludzkiego. To co podał Galen było wystarczające, a sekcjonowanie niepotrzebne, co więcej bezbożne.

Podstawą nauczania były teksty klasyków medycyny, a zatem Hipokratesa, Celsusa, Galena, do których dołączono Awicennę.

Sporządzony wybór z ich dzieł *Ordinaria medicinae* stał się z zalecenia papieża Klemensa V (1305–1314) podstawowym podręcznikiem w nauce medycyny.

8. Padwa

Wspomniano już o dwóch bardzo ważnych ośrodkach kształcenia lekarzy – Salerno i Montpellier. Nie można jednak pominąć Padwy. Jej działalność rozpoczęła się pod koniec średniowiecza, później zabłysnęła w renesansie wspaniałymi szkołami anatomicznymi, ale trwałą pozycję utrzymywała przez następne wieki, aż po drugą połowę wieku XVIII. Padwa błyszczała wybitnymi nazwiskami, które – jak w przypadku anatomów – utrwaliły się w nazewnictwie anatomicznym do dziś. Nic dziwnego, że chętnych z całej Europy nie brakowało. Podróż, studia, utrzymanie, promocja doktorska, wreszcie sam dyplom wymagały znacznego funduszu. Trzeba było mieć sporo samozaparcia, aby postawić sobie za cel uzyskanie dyplomu doktora medycyny. Biedniejsi przez kilka lat zbierali pieniądze, inni korzystali z pomocy rodziny lub stypendiów fundowanych przez zamożne rody (takich było niewiele).

Studia włoskie, w porównaniu z dzisiejszymi, trwały krótko. Kandydat wyjeżdżał dobrze przygotowany, tj. z dobrą znajomością łaciny i przedmiotów wchodzących w zakres wydziału filozoficznego. Nauka medycyny oparta była na czytaniu klasyków i ich komentowaniu. Do tego, po części, można było przygotować

się w kraju. Próby nauczania klinicznego pojawiły się późno i głównie rozwinęły się w innych ośrodkach z Lejdą na czele. Za nią poszedł Paryż, a po reformach van Swietena Wiedeń. Wtedy urwał się ciąg „padewczyków", a rozpoczął „wiedeńczyków", zwłaszcza dla Polaków z zaboru austriackiego. Ale to było znacznie później.

Pod koniec średniowiecza uniwersytety posiadały już swą ukształtowaną strukturę, w skład której wchodziły wydziały: teologiczny, prawny, lekarski i filozoficzny (sztuk wyzwolonych). I tej formy organizacyjnej uniwersytet zawsze bronił w imię wspomnianych wartości, a czynił to z takim uporem, że mało gdzie ta jedność bywała rozrywana. Prawdą jest, że życie zmuszało niekiedy do powoływania nowych instytucji, np. szkół lekarskich, ale miało to miejsce tam, gdzie nie było uniwersytetów: Salerno, Montpellier, również na ziemiach polskich, jak Akademia Lekarska powołana do życia w Warszawie przed powstaniem Uniwersytetu lub Akademia Medyko-Chirurgiczna w Wilnie po likwidacji Uniwersytetu Wileńskiego.

Uniwersytety odegrały w rozwoju umysłowym Europy ogromną rolę (rzecz jasna nie we wszystkich okresach jednakowo intensywną) i mają nie tylko swój trwały wkład w jej rozwój intelektualny, ale zdają się z tym rozwojem utożsamiać. Jest to rozumowanie zapewne uproszczone, ale jakkolwiek do ożywienia życia umysłowego dochodziło poza obrębem uniwersytetów, to jednak uniwersytety odnosiły zwycięstwo nad dążeniami do ich likwidacji czy nawet zubożenia.

Z trudem przychodzi uwierzyć, że nauka o ziemi – geologia, określiła swój samodzielny byt w XVIII wieku pod wpływem ożywionej działalności dwóch grup intelektualnych: lekarzy i – *mirabile dictu* – teologów. Dzisiejszy uniwersytet, a tym bardziej nowo powstałe szkoły, będące jedynie z nazwy uniwersytetami, nie byłyby w stanie zrodzić nowej nauki wynikającej z takiej lub innych koniunkcji.

Jeśli spojrzeć na dzieje Wydziału Lekarskiego w obrębie Uniwersytetu Jagiellońskiego, zawsze żył on nie tylko własnym życiem, ale zarazem spełniał znaczną rolę w życiu całej uczelni. To w łonie Wydziału Lekarskiego i wraz z nim rozwijała się farmacja, gałąź wiedzy towarzysząca lekarzom od stuleci, a zarazem praktyczna umiejętność sporządzania leków. To w Wydziale Lekarskim znalazły swój początek w XIX wieku takie dyscypliny, jak: geologia, chemia i botanika. Później z łona tegoż Wydziału wyszły takie nauki, jak: weterynaria, anatomia porównawcza, antropologia, które potem zaczęły żyć własnym, samodzielnym życiem.

Widać z tego, jak wielki i niezatarty ślad pozostawił Wydział Lekarski na dziejach Jagiellońskiej Uczelni, ale przecież tak było również i gdzie indziej.

Tę rolę lekarzy wspominamy nie dla próżnych przechwałek, ale aby podnieść wspomniany na wstępie fakt wzajemnej indukcji, wzajemnego oddziaływania na siebie poszczególnych społeczności akademickich i reprezentowanych przez nie dyscyplin wewnątrz uczelni.

Stąd to, co się stało w latach powojennych na Uniwersytecie Jagiellońskim, tj. pozbawienie go w 1950 roku Wydziału

Lekarskiego, a w kilka lat później Wydziału Teologicznego, jest sprzeczne z nurtem myśli europejskiej. Słaba to pociecha, że za amputację dokonaną na żywym ciele Almae Matris, ani prawnej, ani moralnej odpowiedzialności nie ponosi sam Uniwersytet, a ówczesne czynniki polityczne. Powinno to być ostrzeżeniem.

Po przełomie październikowym w 1956 roku podjęto próby odtworzenia Uniwersytetu wraz z Wydziałem Lekarskim i Wydziałem Teologicznym. Prof. Ludwik Ehrlich dowodził, jak wiele myśl marksistowska zawdzięcza swemu ideowemu przeciwnikowi i że w trosce o rozwój myśli twórczej należy pamiętać o oponentach. Brak partnera w dialogu nieuchronnie prowadzi do inwolucji każdej idei. Co się też stało.

W roku 1992 udało się w Krakowie zlikwidować twór PRL-owski, jakim była Akademia Medyczna, dzięki czemu do Uniwersytetu Jagiellońskiego powróciło Collegium Medicum. Zasługa to ludzi obu uczelni wykazujących zrozumienie dla idei uniwersytetu, reprezentowanych ze strony medycznej przez ówczesnego rektora AM prof. Andrzeja Szczeklika. Żałować należy, że inne Akademie, przynajmniej w miastach uniwersyteckich, nie poszły tym śladem.

Pisał lwowski filozof Kazimierz Twardowski w rozprawie *O dostojeństwie Uniwersytetu*:

> „Ilekroć wymawiam wyraz »Uniwersytet« –– czynię to [...] z pewnym namaszczeniem [...]. Dostojeństwo to płynie nie tylko z sędziwego wieku i chlubnych tradycji uczelni noszących tę nazwę, ma ono swe źródło w samej idei Uniwersytetu [...]. Według tej idei zadaniem Uniwersytetu jest zdobywanie prawd i prawdopodobieństw naukowych oraz krzewienie umiejętności ich dochodzenia”.

To szukanie prawdy dokonywało się zawsze przez dialog wewnątrz społeczności uczelnianej, zawsze bardzo zróżnicowanej i wiekiem, i wykształceniem, pochodzeniem socjalnym i przedmiotem zainteresowań.

Jakbyśmy nie patrzyli na ową u n i v e r s i t a s, czy to na zbiór uczonych i uczniów (*universitas magistrorum et scholarium*), czy na ogół nauk (*universitas litterariuim)*, to zawsze widzimy, że stanowi ona jedność różnorodności. Różnorodność broniła jedność od uniformizmu, jedność chroniła różnorodność od izolacji i wyobcowania[8].

> Brak zrozumienia czym jest uniwersytet i brak szacunku dla uniwersyteckiej tradycji spowodował, że w ostatnim czasie powstały „uniwersytety", które wcale uniwersytetami nie są. Mam na myśli Uniwersytet Ekonomiczny i Uniwersytet Techniczny; co gorsze, powstał nawet Uniwersytet Medyczny w Poznaniu i Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach. Przyczyną takiego stanu rzeczy jest:
> 1) ignorancja – czyli brak zrozumienia, jaką treść uniwersytet w sobie zawiera; dotyczy ona nie tylko projektodawców, ale i czynników rządowych aprobujących takie postulaty; nie świadczy to dobrze o przygotowaniu intelektualnym jednych i drugich;
> 2) snobizm – zmiana nazwy ma podnosić rangę jakiejkolwiek szkoły wyższej, jakby poziom uczelni zależał od jej nazwy;
> 3) brak świadomości, że postępowanie takie obniża rangę tych prawdziwych uniwersytetów o pełnym znaczeniu i długoletnich czy nawet długowiecznych tradycjach.
> O ile można z przymrużeniem oka patrzeć na takie instytucje, jak Towarzystwo Uniwersytetów Robotniczych TUR, mające piękne tradycje, Radiowy Uniwersytet, czy niedawno powstały,

a pełniący znakomitą rolę Uniwersytet Trzeciego Wieku, które *de facto* nie są uczelniami wyższymi, to nadużywanie nazwy uniwersytetu musi prowadzić do takich wynaturzeń, jak: Uniwersytet Rzemiosła Artystycznego w Woli Sękowej czy Międzynarodowy Uniwersytet Włóczęgów i Turystów. Po haśle „Tysiąc szkół na tysiąclecie" przyjdzie nam pogodzić się z hasłem: „W każdym powiecie po uniwersytecie".
Czytelniku, jeśli to będzie kiedykolwiek zależało od Ciebie – sprostuj.

9. O postępowaniu lekarskim

Działanie lekarskie szło w trzech kierunkach: diagnozowania, leczenia i stosowania diety, która miała inne niż dzisiaj znaczenie. W rozpoznawaniu pomocna była nauka o pulsie, uroskopia i astrologia.

Ars sphigmica. Współczesny lekarz swoją wiedzę o właściwościach tętna ogranicza do kilku zasadniczych cech: częstość, miarowość, wypełnienie, napięcie, chybkość, jednoimienność i ich odmiany. Zdaje sobie zarazem sprawę, że jego umiejętność badania pulsu powoli zanika na rzecz urządzeń diagnostycznych. Jest dla niego rzeczą wręcz niewyobrażalną, jak lekarz średniowieczny był w stanie z badania pulsu wysuwać wnioski diagnostyczne i prognostyczne. Czyżbyśmy czegoś nie zaniedbali?

Galen opisał 30 rodzajów tętna, przywiązując do tego badania, obok uroskopii, ogromne znaczenie. Józef Struś, który w swym dziele *Sphygmicae artis libri quinque* naukę o tętnie rozwinął i uporządkował, pisał:

> „Poznanie pulsów jest dwojakie: jedno następuje przez rozum, drugie przez dotyk. To, które zdobywa się przez rozum, w nie mniejszym stopniu należy do filozofów niż do lekarzy. To zaś, które się odbywa przy pomocy zmysłów, należy wyłącznie do lekarzy. Lekarz zaś winien ćwiczyć zarówno rozum, jak i dotyk”[9].

Struś rozróżniał daleko więcej rodzajów tętna niż Galen: pięć pulsów prostych, a każdy z nich miał trzy gatunki, ale i to nie wszystko. Na tej podstawie rozróżniał rodzaje tętna w poszczególnych chorobach i uczył, jak z nich wyprowadzać wnioski prognostyczne. Mało tego, potrafił wykryć kłamstwo. Wieki później na tej zasadzie powstanie aparat do wykrywania kłamstwa. Struś był zatem prekursorem.

> „Bóg Najlepszy obdarzył rodzaj ludzki sztuką sfigmiczną; dzięki niej mogą ludzie tropić i badać wszelkie sekrety, poznawać także przyszłe losy ludzi”.

Nam wystarczy, że owa sztuka sfigmiczna była pomocna w diagnozowaniu i w rokowaniu. Gdyby to było zwykłe szalbierstwo, nauka Strusia nie utrzymałaby się wobec autorytetów padewskich, a sama metoda badania tętna nie przetrwałaby tak długo.

Uroskopia. Mocz jest produktem czterech cieczy ustrojowych, zatem jego ilość i jakość w nich ma swe przyczyny. Zarówno w zdrowiu, jak i w chorobie. O jego kolorze decydują pierwotne jakości: zimno i ciepło. O jego konsystencji: suchość i wilgotność. Rozróżnia się 20 odcieni barw i 5 stanów zagęszczenia. Do tego

dochodzą elementy zaburzające klarowność moczu, a poza tym piana i osad, które również mają wartość diagnostyczną. Mocz ogląda się w naczyniu szklanym, które na długie wieki stanie się symbolem lekarskim. Istnieją dzieła, które ułatwiają rozpoznawanie, ale niektórzy dochodzą do takiej wprawy, że bez oglądania chorego stawiają diagnozę i prognozę. Starają się zlokalizować chorobę według zmian obserwowanych w poszczególnych warstwach moczu wypełniającego naczynie: od góry, czyli od głowy, ku dołowi, czyli w dolne partie brzucha i znajdujące się tam narządy. Czasem trafiają.

Iatroastrologia. Astrologia zrodziła się na Bliskim Wschodzie. Przejęli ją Grecy, ale szczególnego znaczenia nabrała w średniowieczu. Wpływ Słońca na życie na ziemi, wpływ Księżyca na przypływy i odpływy, nasunął myśl o wpływie ciał niebieskich na życie człowieka. Podstawą było współgranie makrokosmosu i mikrokosmosu. Skoro wszystko ze wszystkim jest powiązane, zatem zachodzi związek i analogia pomiędzy światem gwiazd i planet (makro-) a światem człowieka (mikro-). Jeden i drugi zbudowany jest z tych samych czterech elementów, a zatem podlega tym samym wpływom. Tak samo zresztą jak rośliny, zwierzęta i minerały. Dlatego działania zarówno lekarza, jak i astrologa dotyczą tego samego przedmiotu, czyli człowieka, któremu jeden przychodzi z pomocą wypisywaniem recept, a drugi ustalaniem horoskopów. Do tego dochodził niezmienny w swoim dobowym obiegu układ gwiazd, zgrupowanych w znakach zodiaku i 7 planet o zmiennym układzie. Planety mają siłę oddziaływania pochodzącą z pierwotnych elementarnych właściwości, ale też z cech, które wynikają ze znaków zodiaku.

Zobaczmy, jak to wyglądało w przypadku np. Strzelca: „Strzelec jest przyrodzenia ognistego, a tak ciepły i suchy, męski, kolery obfity, lędźwiom i udom panuje".

Gdy Słońce stoi w tym znaku: „Dobry dzień ku kupiectwu i ku myślistwu zwierza rozmaitego, a najwięcej strzelbą; z paniami się dobrze rozigrawać, z sędziami albo uczonymi dobrze rozmawiać, flegmatykom dobrze krew puszczać".

Układ konstelacji miał znaczenie w zdrowiu i chorobie. Poszczególne pory roku były pod wpływem planet i oddziaływały na organizm człowieka:

wiosna – jest pod wpływem Jowisza, co prowadzi do pomnożenia krwi;

lato – pod wpływem Słońca, co pędzi żółć;

w jesieni – władzę miał Merkury, co sprzyja wydzielaniu flegmy;

w zimie – Saturn, co wyraża się wydzielaniem czarnej żółci.

Jowisz i Wenus są z natury dobre; jeśli wchodzą w koniunkcję, dobry to znak. Przeciwnie Saturn i Mars, jeśli się spotkają: biada!

Z cech, jakie posiadają poszczególne planety, można wnioskować o ich wpływie na organizm. Mars np. jest męski, tzn. ciepły i suchy, a zatem będzie miał powinowactwo do żółci, której pierwotnymi właściwościami są ciepło i suchość, i dlatego będzie miał wpływ na woreczek żółciowy i męskie narządy płciowe.

Jakże trudnym problemem było spojrzenie na zdrowie i chorobę w świetle astrologii. Jakże skomplikowane było wyprowadzanie wniosków i udzielanie w ich świetle wskazań lekarskich. Przybliża nas do tego porada astronoma, astrologa, matematyka, ale i doktora medycyny Jana Brożka, zawarta w liście datowanym

w Krakowie 12 marca 1633 roku do nieznanego doktora, być może doktora medycyny, któremu służył pomocą astrologiczną.

> „Najłaskawszy i Znakomity Panie Doktorze, pozdrowienia!
> Bieżący rok zaczyna się 20 marca jeszcze przed południem, kiedy Rak wstępuje w stopień 17; Rak ten pozostaje pod władztwem Wenery. Chociaż więc wygląda na klimakteryczny, to jednak żadnego niebezpieczeństwa nie zapowiadają znaki niebieskie, zarówno te, które z biegów, jak i te, które z obrotów i położenia planet można wyciągnąć. Tylko w miesiącu maju należy z pokarmem i napojem ostrożnie postępować, by za używaniem gorącego napoju nie przyszła febra, bo w tym czasie Mars stoi na pętli horoskopowej aż do połowy czerwca. Wracać zaś będzie ten sam Mars na swe miejsce na pętli na dzień mniej więcej 24 maja. Wobec tego i przed terminem i po nim, należy trzymać się złotego środka, by z mnóstwa pokarmów zatwardzenia nie powstały. I to tym więcej, że przepowiednia horoskopowa w 40 dniu od początku obrotu, tj. od dnia 20 marca wynika z ustawienia się pod kątem 90º do Saturna; który to czas bardzo blisko na początku maja wypada. A że Mars i Saturn mają właściwości przeciwne, ten pierwszy ciepły, drugi zimny, dlatego zwyczajna roztropność nakazuje dietę do organizmu dostosowaną, w formie pokarmów prostych, bez domieszki korzeni. Świętą prawdę napisał Ptolomeusz: »Kto jest mądry, potrafi udaremnić wiele skutków gwiazd, jeśli się sam odpowiednio urządzi, nim one nastąpią«”[10].

To ostatnie zdanie jest istotne dla zrozumienia znaczenia astrologii wobec wolnej woli. Jeżeli oddziaływanie gwiazd determinowałoby życie człowieka, to by przeczyło istnieniu wolnej woli, a temu sprzeciwiał się Kościół. Ale gwiazdy mają ograniczony wpływ, stwarzając jedynie korzystne lub niekorzystne warunki, sprzyjające lub niesprzyjające ludzkim poczynaniom, również tym, które odnoszą się do zdrowia, ale ich

nie przesądzają. Ten pogląd był do przyjęcia. Dał mu wyraz Dante w swej *Boskiej Komedii* (Czyściec 16, 64–78):

> Duch westchnął: boleść te w nim smutki szczepi,
> A potem tak się odezwał: „Mój bracie,
> Ślepy jest świat wasz i wy na nim ślepi.
> Wy, ludzie żywi, przyczynę składacie
> W gwiezdnych obrotach, mniemając, jakoby
> Wszystko się w tamtych tworzyło warsztacie.
> Gdyby tak było, brak by wam ozdoby
> Swobodnej woli; brak by z tego względu
> Za cnotę szczęścia, a za grzech żałoby
> Gwiazdy są źródłem pierwszego popędu.
> Lecz choćby wszystkich, to i w tym przypadku
> Światło wam dane na obejście błędu
> I wolna wola; ta gdy nie ma statku
> I zrazu onych sił ulega wadze,
> Dobrze karmiona wygra na ostatku".
> Przekł. E. Porębowicz
> Niebo początkiem waszych czynów było,
> nie mówię wszystkich, lecz jakom rzekł wprzódy,
> światło wam dano, by rozum wzmocniło
> i wolną wolę, iż jeżeli trudy
> niesie walk pierwszych i mozoły duże,
> wszystko zwycięży i osiągnie cudy.
> Ciężkim westchnieniem, co je ból dobywał,
> ozwał się najpierw, potem rzecze: – „Bracie,
> Świat wasz jest ślepy, a tyś w nim przebywał.
> Wy, coście żywi, wszech przyczyn szukacie
> wysoko w niebie, jakby wszystko gwoli
> onemu jeno szło w tym ziemskim płacie.
> Gdyby tak było, chyba wolnej woli
> nie mielibyście, ni się by płaciło

dobro rozkoszą, a zło tym, co boli”.
Przekł. A. Świderska

Astrologia ukształtowana jeszcze w starożytnym Egipcie, od tysięcy lat do dziś towarzyszy człowiekowi. Dowodem tego są książki, podręczniki, samouczki, kąciki astrologiczne w prasie codziennej etc. Układ planet symbolizowany przez znaki zodiaku ma mieć wpływ na człowieka, jego uzdolnienia, usposobienie, talenty... Z konstelacji gwiazd można prognozować, przewidywać i odgadywać przyszłość każdego z nas. To ostatnie budzi największe zainteresowanie. Pewien redaktor prowincjonalnej gazety, chcąc zwiększyć nakład, wprowadził kącik astrologiczny i co ciekawsze, zbierał gratulacje z powodu niezwykłej trafności stawianych tam prognoz. Później przyznał się na stronie internetowej, że wszystkie te dane sam zmyślał. W Krakowie wychodziły przed wiekami słynne kalendarze z prognostykami, zwane krakowskimi. Podobnie postępował w XIX wieku Ambroży Grabowski, który chciał kontynuować tę tradycję wydawniczą.

A co sądzi o tym nauka? Wykazano w badaniach na dużej populacji występowanie istotnych zbieżności w usposobieniach, charakterze, uzdolnieniach urodzonych w przybliżonym do siebie czasie. Ale rzecz odniesiono nie do znaków zodiaku, lecz do pór roku i różnic występujących w temperaturze, nasłonecznieniu, odmiennym sposobie żywienia, zachowania się matki etc., przypadających na różne fazy życia płodowego dziecka.

Julian Aleksandrowicz, który interesował się bioklimatyką, ale widział i inne współzależności pomiędzy organizmem a otaczającym go światem, tak pisał w jednym z artykułów:

> „W łańcuchu korelacji między mikro- i makrokosmosem ciekawych faktów dostarczają nam dane, które by »sceptyk« pierwszej połowy naszego stulecia nazwał niewątpliwie astrologiczną mistyfikacją. Dotyczą one »wpływu księżyca« lub »konstelacji planet« na zachorowalność, a mówiąc językiem współczesnego naukowca, korelacji między porą roku, miesiącem urodzenia, pogodą a zapadalnością na choroby psychiczne”[11].

To poparł obserwacjami uczonych: jedni z nich stwierdzili, że dzieci urodzone w pierwszej połowie roku są zdolniejsze od dzieci urodzonych w drugiej połowie roku, inni (badacze amerykańscy) doszli do wniosku, że wśród dzieci ze schizofrenią więcej jest urodzonych w trzech pierwszych miesiącach roku niż w pozostałych. Odnieśli to do okresu pojawienia się kory mózgowej u płodu, co przypada na najgorętsze miesiące roku, w których poziom protein w surowicy matki jest najniższy. Być może te właśnie fakty mają tak decydujący wpływ na rozwój kory mózgowej.

Pozostaje jeszcze drugi problem: czy układ gwiazd ma wpływ na naszą przyszłość? W USA, z wykorzystaniem dużych środków finansowych, przeprowadzono badania kilkuset osób, poddanych wnikliwej analizie z zastosowaniem podwójnej ślepej próby i z zaangażowaniem najwybitniejszych astrologów. Uzyskany wynik był całkowicie negatywny. Oto przykład rzeczowego, beznamiętnego, naukowego rozwiązywania dyskusyjnych problemów.

10. Lecznictwo

W leczeniu stosowano metody „ewakuacyjne”, odprowadzające. Jeśli choroba jest zaburzeniem równowagi soków ustrojowych, to dla uzdrowienia chorego trzeba usunąć ich nadmiar. Do tego celu służyło: puszczanie krwi, stawianie baniek, wzmożone wydzielanie potu, moczu, śliny, wreszcie wypróżnienia i wymioty.

Puszczanie krwi miało również znaczenie profilaktyczne. Można być zupełnie zdrowym i fundować sobie taki zabieg. Nawet należy. Dlaczego puszcza się krew? Aby ściągnąć zepsutą albo będącą w nadmiarze. Według Botalla „im więcej wyciąga się wody ze studni, tym więcej dobrej do niej napływa: im częściej dziecko ssie swoją mamkę, tym więcej ma ona mleka, tak też jest z krwi puszczaniem”. Trzeba wiedzieć tylko kiedy, komu i w którym miejscu puszcza się krew. Ale istniały odpowiednie tabele to przypominające. Uświęconym tradycją dniem jest 1 maja, lecz bywały i inne. Patronem tego zabiegu był św. Walenty. Stąd się mówi:

Na święty Walenty
Wypuszczaj krew choćby z pięty.

Leki pochodziły z trzech królestw przyrody, ale arsenał środków wzbogacony był odkryciami arabskiej medycyny i nowymi roślinami. Przyjmowało się za zasadę, że do leczenia chorób występujących lokalnie istniały w tejże okolicy rośliny do tego służące. Zatem rośliny wciąż były na pierwszym miejscu. Z odkryciem nowych lądów pojawiły się nowe leki. Ale czy arsenał środków w starej Europie został w pełni wykorzystany? Krakowski lekarz Antoni Schneeberger nie zawahał się wędrować na Litwę, by tam szukać nowych ziół, dotąd leczniczo niewykorzystanych. Rozmawiał nie ze światem uczonych, tylko

z zielarkami. Wprost napisał: „Nie wstyd mię też było, że byłem uczniem baby, kiedy starożytni lekarze nie wypierają się, lecz głośno wyznają, że byli uczniami zwierząt".

Pojawiające się rzadkie rośliny egzotyczne były drogie, stąd za nimi wkrótce pojawiły się falsyfikaty. Tak było np. z mandragorą – lekiem niemal czarodziejskim. Jej korzeń ma kształt człowieka. Według przekazów krzyczy, gdy się ją wyrywa, a to sprowadza nieszczęście. Dlatego wyrywa ją nie człowiek, a zgłodniały pies. Przywiązuje się go do liści rośliny, a potem pokazuje się mu mięso. Nie człowiek, lecz pies jest sprawcą. Stąd: „Na psa urok!".

Leki zwierzęce to głównie tłuszcze: sadło psie było najbardziej dostępne, a borsucze i niedźwiedzie o wiele droższe. Z leków mineralnych – głównie sole.

Do jakiej grupy należał bursztyn? Znawcy problemu twierdzą, że rzymskie wyprawy nad Bałtyk po bursztyn były wyprawami nie tylko po materiał na klejnoty, lecz przede wszystkim po surowiec leczniczy. Literatura polska to potwierdza. Gagatek, czyli czarny bursztyn, miał własności magiczne i lecznicze.

Stefan Falimirz pisał:

> „Gagatek, kiedy będzie zapalon pomaga naprzeciw niemocy świętego Walentego" (epilepsja). [On też] „diabły odpędza: albo jeśliby przez usta człowiecze mówili, tedy dym gagatkowy nie da im mówić". „Woda, w której by trzy dni moknął, czyni lekkie porodzenie, a jeśliby onę wodę piła dziewka, tedy bywa poznana, a jeśli jest prawa dziewica albo nie, albowiem jeśli dziewica tedy nie będzie poruszona, a jeśli nieprawa, tedy zarazem urynę wypuści".

Pojawiły się urynoterapia i koproterapia, czyli stosowanie moczu i kału głównie zewnętrznie, ale nie tylko. Odchody krokodyla były

szczególnie poszukiwane. Zadziwiają nas ówcześni lekarze nie tylko długością recept, ale i składem stosowanych środków terapeutycznych. Oto jedna z nich:

Cinis salamandrae
Cinis serpentum
Cinis solearum vetustarum

Popiół z salamandry i węży jest jeszcze do przyjęcia, ale jakich właściwości dopatrzono się w popiele ze starych zelówek? Nie śmiej się, Czytelniku! Kiedyś będą się śmiać i z naszych recept.

Istotną częścią ówczesnej medycyny była także dietetyka. Miała ona odmienne od współczesnej dietetyki znaczenie. Odnosiła się do całości zachowań człowieka, któremu miała zapewnić zdrowie lub – w chorobie – powrót do zdrowia. Opierała się na hipokratesowym widzeniu człowieka w przyrodzie, z jego elementami, właściwościami i konstytucją, określanymi jako *res naturales*, a podlegającego czynnikom zewnętrznym, do których należy: powietrze, pokarm, ruch i spoczynek, sen i czuwanie, wydaliny (określanych jako *res nonnaturales*). Zachowanie lub przywrócenie równowagi między jednymi i drugimi wymagało mobilizacji daleko większej liczby czynników, niż tylko odpowiedni pokarm; przede wszystkim ruch, kąpiele, okłady, etc.

11. Asceci i asceza

Nie można zamknąć rozdziału o średniowieczu nie powiedziawszy słowa o ascezie i ascetach. Skąd się oni wzięli?

Bywało i bywa, że człowiek jest wielbicielem własnego życia i ciała, ale bywało też i bywa, że jest jego wrogiem. Bóg jest stwórcą nieba i ziemi, rzeczy niewidzialnych i widzialnych. Ten świat niewidzialny to świat aniołów i duchów czystych. Człowiek dąży do niego, a przeszkodą jest mu własne ciało. Tak było zawsze. W czasach przedchrześcijańskich również. Porphyrios pisał, iż „Plotyn wydawał się wstydzić, że znajduje się w swoim ciele". Dlaczego istnieje materia? Czy ciało jest karą, miejscem wygnania dla duszy, która popełniła występek? Byli tacy, co twierdzili, że ciało pochodzi od diabła. Dlatego człowiek wystąpił przeciw swemu ciału.

Wśród chrześcijan istniał jeszcze drugi motyw. Ideałem było i jest oddanie życia dla Chrystusa. Człowiek, który gardzi swym ciałem, zbliża się do tego ideału, staje się po części męczennikiem. Stąd obowiązująca w klasztorach surowa asceza, stąd biorą się ludzie znajdujący w ascezie upodobanie. Zwłaszcza we wschodnich praktykach religijnych pojawili się asceci nękający swe ciało kajdanami, łańcuchami, włosienicą, albo izolujący się na całe lata w celach. Najbardziej znany Szymon Słupnik kilka lat przebywał na słupie. Z perspektywy lat o tym typie ascezy mówi się jako o ascezie ekscentrycznej, o ascezie akrobatycznej, a postępowanie tych ludzi uważa się za karykaturę religijności, której skutkiem jest kompromitacja ascezy.

Pojęciu ascezy należy przywrócić jego rangę, bowiem bez ascezy nie ma postępu w ogóle, a zatem bez niej nie można poważnie traktować problemów zdrowia.

Rozważmy najpierw, co to jest asceza? Gdy otworzy się Encyklopedię katolicką pod odpowiednim hasłem, można

przeczytać o wielu aspektach tego pojęcia, a każde z nich może stać się przedmiotem rozprawy doktorskiej. Musimy więc na własny użytek przyjąć uproszczoną definicję. Zatem asceza to przede wszystkim wyrzeczenie się czegoś złego dla czegoś dobrego (w pojęciu religijnym dla Dobra Najwyższego). Ale w niektórych przypadkach istnieje potrzeba wyrzeczenia się rzeczy skądinąd dobrej dla jeszcze lepszej.

W pierwszym przypadku chodzi, najogólniej biorąc, o postępowanie zgodne z prozdrowotnymi wytycznymi WHO, a zatem o rezygnację z wysokokalorycznego odżywiania, z nikotyny, alkoholu, wyjście z bezruchu na korzyść aktywności ruchowej, czyli podjęcie trudu dla utrzymania się w stanie zdrowia.

W drugim przypadku chodzi o trud i wyrzeczenie, jakie każdy z nas z nakazu lekarza musi w chorobie podjąć, aby wrócić do zdrowia.

Aktualności problemu ascezy dowodzi książka, napisana już w naszych czasach, przez lekarza dr Kingę Wiśniewską-Roszkowską pt. *Asceza, moralność, zdrowie* (Warszawa 1980), która – z ubolewaniem przyjdzie to stwierdzić – nie doczekała się późniejszych wydań, a porusza problemy ascezy dziś. W definicji autorki asceza to:

> „[...] taki sposób działania, w którym dobrowolnie podejmuje się wytrwały wysiłek połączony z cierpieniami i wyrzeczeniami, zmierzający do osiągnięcia jakiegoś zaplanowanego udoskonalenia".

Ale w innym miejscu ta sama autorka ze smutkiem stwierdza, że

> „[...] idea starań o pełne zdrowie i sprawną, zdrową długowieczność ma zadziwiająco dużo nieprzyjaciół, którzy odnoszą się do tych spraw

w sposób wyraźnie negatywny z ironicznym sceptycyzmem lub mniej czy więcej ukrytą niechęcią”[12].

Ludzie chcą być zdrowi, ale nie chcą podjąć wysiłków koniecznych do utrzymania zdrowia i przedłużenia życia, mających charakter ascezy, natomiast w razie choroby oczekują wręcz nadprzyrodzonej pomocy ze strony lekarza. Do nas należy uświadomienie społeczeństwu, że zdrowie człowieka leży w jego rękach.

12. O średniowieczu źle czy dobrze?

Odpowiedź na to pytanie wymaga autorytetu wielokierunkowo zgłębiającego wiedzę o średniowieczu, nadal niedostateczną, co uświadomiono sobie ostatnimi czasy. Renesans, a jeszcze bardziej barok, nazwał gotyk stylem Gotów, czyli barbarzyńców. Humaniści tego okresu podobnie odnieśli się do scholastyki. Trzeba było czekać końca XIX wieku, by zrozumieć, że nigdy tak świetnie, jak w średniowieczu, a zwłaszcza w XIII stuleciu nie rozwijała się logika, ontologia, antropologia i inne dziedziny filozofii. Tak wysoko ocenia ją historyk filozofii W. Tatarkiewicz, a filozof J. Bocheński pejoratywną ocenę ludzi niemających rozeznania uważa wręcz za zabobon. Kpiny ludzi Odrodzenia ze scholastyki nie przyczyniły się w niczym do rozwoju filozofii[13].

Spojrzenie na średniowiecze ulega ostatnio zasadniczej zmianie. Nie było tak ciemne, jak przypuszczano, skoro powstawały w nim uniwersytety, skoro w nim żyli i tworzyli Dante i Petrarka,

a scholastyka należała do najświetniejszych w epokach myśli filozoficznej. „Nigdy filozofia – zdaniem jej historyka W. Tatarkiewicza – rozwijając się długo i konsekwentnie w jednym kierunku, nie doszła do tak zwartego i wykończonego systemu pojęć, jak w scholastyce". Do niej nawiązywała logika, ontologia, filozofia języka, filozofia człowieka, czyli antropologia. Skąd to nieporozumienie? Z samozadowolenia pisarzy Odrodzenia. Ich sąd o średniowieczu przetrwał do naszych czasów, podchwycony przez czynniki intelektualne reżimu komunistycznego.

Drobny przykład, jak tkwimy kulturowo w chrześcijańskim średniowieczu. Znane wszystkim dzieciom szkolnym *do(ut)-re-mi-fa-sol-la* ma za podstawę pierwsze sylaby hymnu do św. Jana Chrzciciela:

***Ut** queant laxis,*
***Re**sonare fibris*
***Mi**ra gestorum*
***Fa**muli tuorum...*

A termin, który pojawił się w medycynie w drugiej połowie XX wieku – placebo, ma swe źródło w Psalmie 146. Droga tego terminu była długa i odległa, warto jednak przypomnieć jej początek.

W średniowieczu przy ceremoniach pogrzebowych recytowano rzeczony psalm, którego ostatnia zwrotka brzmi: *Placebo Domine in regione vivo rum*, co w polskim przekładzie oddano dość swobodnie: „Będę chodził w obecności Pańskiej w krainie żyjących". Później wprowadzono śpiewanie hymnu. Potrzebny był chór. Wkrótce przekonano się, a nie było o to trudno, że nie wszyscy są rzeczywistymi żałobnikami, lecz większość z nich przychodzi, by zarobić, i tylko udaje żałobę, aby się przypodobać

(*placebo* – będę się podobał, spodobam się). Stąd udawaczy nazwano *placebos*. Nie inaczej było w Polsce. Bywało, że biesiadnicy na stypie podśpiewywali: „Za jego duszę upić się muszę".

Ale termin „placebo" przyjął się w języku angielskim i stosowany był w USA, a do Europy wrócił w XX wieku, pokonał zatem drogę nie tylko długą, ale i daleką.

Cieniem na okres średniowiecza kładą się wojny religijne, wojny prowadzone w celu stworzenia Państwa Kościelnego; nie usprawiedliwia ich zbożny zamiar powołania już wówczas Wspólnoty Europejskiej, w której spory będą rozwiązywane dyplomatycznie, a nie przez konflikty zbrojne. Tak samo różnie oceniać można wyprawy krzyżowe. Czymże są jednak zmagania rycerzy przeciw zbrojnemu nieprzyjacielowi wobec dwóch wojen w XX wieku, które nie omijały ludności cywilnej, kobiet, dzieci i starców?

A wiara w czary i zabobony, z paleniem czarownic na stosie? Czymże jest wobec fałszywych, wyssanych z palca teorii, w imię których mordowano tysiące niewinnych ofiar w naszych czasach w lagrach i łagrach. Czymże wreszcie jest inkwizycja, bezwarunkowa plama na dziejach Kościoła, wobec kazamatów i tortur gestapo, NKWD i UB, do dziś nierozliczonych.

Jakby nie spojrzeć na trudności, z jakimi się spotkało przyjęcie teorii Kopernika oraz sprawa Galileusza, czymże są one wobec komedii, jaka rozegrała się w połowie XX wieku, kiedy to biolog radziecki Trofim Łysenko odrzucił prawo dziedziczenia, wprowadzając w naukach agrotechnicznych hipotezy nieoparte na żadnych podstawach naukowych ze szkodą dla nauki i produkcji rolnej, a Komitet Centralny Wszechzwiązkowej Partii

Komunistycznej, złożony z kołchoźników i robotników, uchwalał, że teoria Łysenki jest prawdziwa. Wszyscy przeciwnicy naukowi profesora podzielili wtedy los tych, którym się nie podobał socjalizm.

Jeśli we współczesności mamy szukać znamion przeszłości, nie możemy pominąć tych faktów.

Wreszcie, podzielając oburzenia krytyków potwornego stanu sanitarnego, przyczyny robactwa, wielu chorób i epidemii, musimy sobie uświadomić, że ten stan trwał do naszych czasów. Dokumenty z późniejszych wieków, jak i pamiętniki lekarzy jeszcze z pierwszej połowy XX wieku przekonują nas o tym, że ani Oświecenie, ani rozwój nauki nie przyczyniły się długo do zmiany tej sytuacji. Zatem przyczyn należy szukać nie w średniowieczu, lecz w mentalności ludzkiej, która wolniej się zmienia niż epoki historyczne.

Z medycznego punktu widzenia można mieć pretensje do ówczesnych jej przedstawicieli za bezmyślną wiarę w starożytne autorytety. Przetrwała ona tę epokę i utrwaliła się jeszcze na kilka stuleci. Karl Rothschuh nazwie to autyzmem w myśleniu lekarskim[14]. Anatomia od Galena do Vesaliusza nie uległa zmianie, choć o postęp nie było trudno, ale teoria o czterech cieczach zdominowała myślenie lekarskie. Zadziwia nas, jak można było obserwować różne wykwity na skórze i wszystkie odnosić do jednego czynnika, tj. do chorej materii, czyli do soków? Dopiero w XVII stuleciu Bonomo odkrył pasożyt świerzbu. Gdy w tym samym wieku Harvey odkrył krążenie, Jean Riolan wykrzyknął: „Czegoś takiego starożytni nie mogli przeoczyć!”. Nie obwiniajmy o wszystko średniowiecza.

Źle pojęta asceza, zwłaszcza w życiu klasztornym, polegała na umartwianiu ciała, na zaniedbywaniu czystości, mycia się, kąpieli, zmiany bielizny, na drastycznym ograniczaniu snu, przy byle jakim odżywianiu i innych praktykach przeciwnych zdrowiu. I chociaż, jak pisze W. Szumowski:

> „[...] te zewnętrzne, nieraz dziwaczne cechy życia klasztornego, bynajmniej nie wypełniały całej jego treści i nie stanowiły jego istoty, to jednak dla dziejów medycyny, higieny i kultury wieków średnich ma doniosłe znaczenie fakt, że życie zakonne odstręczało od zamiłowania do zewnętrznej czystości”[15].

Czy Kościół katolicki przywiązuje w swoim nauczaniu należytą wagę do spraw zdrowia? Zdanie: „Modlitwa do Boga o uzdrowienie przy jednoczesnym lekceważeniu praw zdrowia pozbawiona jest sensu i nadziei na jej wysłuchanie” nie pochodzi od duchownego katolickiego, lecz od adwentysty[16].

Z zagadnieniem ascezy, w jej skrajnym obrazie, wiąże się problem dualizmu (jeśli nie antagonizmu) pomiędzy duszą a ciałem, somą a psyche, które tworzą człowieka. Problem, zdawałoby się, rozwiązany został już przez św. Tomasza z Akwinu w XIII wieku. To on przecież dowodził wzajemnej współzależności i jedności duszy i ciała. Tomista, prof. S. Świeżawski, wyraźnie to akcentował w swych wykładach: „Człowiek jest jednością, niesamowicie zespoloną – jednością tego, co duchowe, z tym, co materialne i cielesne”[17]. Z tego stwierdzenia wynika potrzeba szacunku zarówno dla duszy, jak i dla ciała człowieka. Studenci te słowa profesora ujęli w piosenkę:

> Że dusza nieśmiertelna,
> stąd jasny wniosek płynie:

należy dbać o ciało,
dusza i tak nie zginie!

Tomistę do tym większej
troski o ciało zmusza
świadomość, że bez ciała
bardzo nieszczęsna jest dusza.

Nie byłoby potrzeby poruszać tych spraw w historii medycyny, gdyby były one od nas równie odległe, jak samo średniowiecze. Tak nie jest. Ten sam tomista tak spostrzega ich aktualność:

> „Rozmaite nieporządki, z jakimi stykamy się i dzisiaj, nie biorą się stąd, że przecenia się znaczenie ciała, ale właśnie stąd, że się go nie docenia! Jeżeli patrzymy na dzieje filozofii nowożytnej, to właściwie ciągle dominuje ten dualizm: człowiekiem jest ostatecznie dusza zamknięta w tym garnku cielesnym, nie ma harmonii, nie ma współpracy, nie ma tego wzajemnego uzależnienia obu tych czynników. Nie ma, innymi słowy, całościowego myślenia o człowieku”[18].

Pogarda dla ciała i świata jest antychrześcijańska. Trzeba być świadomym, że kto niszczy swoje ciało, niszczy zarazem swoje człowieczeństwo. Ale wobec tych nacisków, które współcześnie niesie świat, istnieje zagrożenie całkiem przeciwne: służenie ciału. A kto służy swemu ciału, wyłącznie ciału, ten też niszczy zarazem swoje człowieczeństwo.

Ta jedność, jaką stanowi człowiek, znalazła wyraz w encyklice *Deus caritas est* (I, 5) Benedykta XVI:

> „Człowiek staje się naprawdę sobą, kiedy ciało i dusza odnajdują się w wewnętrznej jedności [...]. Jeżeli człowiek dąży do tego, by być jedynie duchem i chce odrzucić ciało jako dziedzictwo tylko zwierzęce, wówczas duch i ciało tracą swoją godność. I jeśli, z drugiej strony, odżegnuje się od ducha i wobec tego uważa materię, ciało, jako jedyną rzeczywistość, tak samo traci swoją wielkość”.

Konsekwencją dualizmu człowieka, czyli braku zrozumienia dla jedności psychofizycznej, może być różność jego poczynań i postaw wobec świata:

– albo jest to *homo technicus*, czynnie wykorzystujący przydatność świata z myślą o sobie, co w pewnych granicach jest uzasadnione, ale i niebezpieczne;

– albo *homo meditativus*, człowiek słuchający, patrzący, doświadczający, rozważający.

Ideałem jest równowaga: w pierwszym przypadku niebezpieczeństwo zagubienia się w tym, *co mieć*, równoważone musi być przez to, *czym być*; zatem równowaga między działaniem a kontemplacją.

Nie jest to bez znaczenia dla lekarza. Medycyna w swoim rozwoju najwcześniej stała się medycyną doraźną, z czasem medycyną wyprzedzającą, profilaktyczną, teraz staje się ponadto medycyną przywracającą sens ludzkiemu życiu. Ale do tego nie wystarcza, by lekarz był jedynie *homo technicus*, musi być zarazem *homo meditativus*.

W życzliwym spojrzeniu na średniowiecze wyłaniają się dwa problemy: omówione zagadnienie jedności człowieka z samym sobą oraz jedności człowieka z Bogiem. Mikołaj Bierdiajew, przedstawiciel idealistycznej filozofii rosyjskiej, ceni średniowiecze bardzo wysoko, bowiem wtedy „pragnienia nieba i życia wiecznego rodzą piękno i dają moc doczesnemu życiu ziemskiemu". Natomiast z przeminięciem średniowiecza

> „zachwiała się wiara w człowieka i w te siły przyrodnicze, naturalne, które miały go podtrzymywać. [...] Swoboda człowieka, nie uznającego

żadnych wyższych autorytetów, osłabiła w nim wiarę w samego siebie i zmąciła świadomość własnej osobowości. [...] Człowiek zatraciwszy zdolność rozumienia istoty duchowego bytu stracił tym samym poczucie sensu własnego istnienia. Człowiek zdecentralizował się duchowo".

Stąd cel, jaki wyznacza on ludzkości, to dążenie do „nowego średniowiecza"[19]. A polski mediewista, Bronisław Geremek, tak tłumaczył coraz bardziej wzrastające zainteresowanie średniowieczem:

„Mamy tu więc najpierw poszukiwanie egzotyki, która jest najbliżej, która znajduje się w naszych własnych korzeniach, w naszej tradycji i to jest główny motyw [...] ale jest jeszcze coś innego; średniowiecze ukazuje model społeczeństwa uporządkowanego, społeczeństwa, w którym człowiek nie czuje się wyalienowany, społeczeństwa, gdzie wiara chrześcijańska jednoczy; no cóż, to tylko marzenie..."[20].

Rzecz warta nie tylko marzenia, ale i przemyślenia, także z lekarskiego punktu widzenia.

Przypisy

[1] Według: S. Weinfeld, *Awicenna*, KAW, Warszawa 1985, s. 25.

[2] Tamże, s. 62.

[3] L. Zembrzuski, *Średniowieczny utwór „Regimen sanitatis salernitanum" w oświetleniu niektórych dawniejszych autorów polskich*, AHiFM 1930, t. X, s. 1.

[4] S. Galewski, *Jak żyć, żeby długo żyć*, Polska Fundacja Kulturalna, Sussex 1971.

[5] H. Barycz, *Uniwersytet Jagielloński w życiu narodu polskiego*, PZWSz, Warszawa 1948, s. 4.

[6] J. Rostafiński, *Medycyna na Uniwersytecie Jagiellońskim w XV wieku*, Kraków 1900, s. 58.

[7] L. Gąsiorowski, *Zbiór wiadomości do historii sztuki lekarskiej w Polsce*, Poznań 1839, t. I, s. 356.

[8] K. Twardowski, *O dostojeństwie Uniwersytetu*, Poznań 1933.

[9] J. Struś, *Nauki o tętnie ksiąg pięcioro*, tłum. J. Wikariak, M. Wikariakowa, Wydawnictwo Poznańskie, Poznań 1968.

[10] J. Brożek, *Wybór pism*, t. I, PWN, Warszawa 1956, s. 494.

[11] J. Aleksandrowicz, *Z zagadnień współczesnej bioklimatyki lekarskiej*, „Wszechświat" 1966, nr 6, s. 139.

[12] K. Wiśniewska-Roszkowska, *Asceza, moralność, zdrowie*, PAX, Warszawa 1980, s. 24, 62.

[13] J. Bocheński, *Sto zabobonów*, Philed, Kraków 1994, s. 116.

[14] K. Rothschuh, *Prinzipien der Medizin. Wegweiser durch die Medizin*, Urban & Schwarzenberg, Munchen–Berlin 1965, s. 61.

[15] W. Szumowski, *Historia medycyny...*, s. 224.

[16] P. Gradzikiewicz, *Chrześcijanin a zdrowie*, „Znaki czasu", Warszawa 1983, s. 15.

[17] S. Świeżawski, *Alfabet duchowy*, Znak, Kraków 2004, s. 11.

[18] Tamże, s. 21.

[19] M. Bierdiajew, *Nowe średniowiecze*, [b.m. wyd. i r.], s. 9.

[20] *Średniowiecze – kolebka Europy*. Z Georgesem Duby i Bronisławem Geremkiem rozmawia Philippe Sainteny, „Znak" 1992 [Kraków], nr 448, s. 7.

Mojżesz Majmonides

Codzienna modlitwa lekarzy

Niech mnie ożywia miłość do sztuki i do Twoich stworzeń. Nie dopuść, aby żądza zysku, gonienie za sławą i zaszczytami wzięły

udział w zatrudnieniu moim; nieprzyjaciele prawdy i miłości ludzi mogą łatwo mnie zwieść i usunąć od przeznaczenia czynienia dobrze dzieciom Twoim. Wzmocnij siły serca mojego, aby gotowe było służyć jednakowo biednemu i bogatemu, dobremu i złemu, przyjacielowi i wrogowi. Obym w cierpiącym widział tylko człowieka. Niech duch mój u łoża chorego zawsze zapanuje nad sobą i niech go myśl obca nie rozprasza; niech mu zawsze towarzyszy wszystko, czego nauczyły go doświadczenie i badanie: albowiem zbawienne i wielkie jest badanie w ciszy tego, co ma utrzymać dobro i życie stworzeń.

Udziel chorym zaufania do mnie i do mojej sztuki, ażeby słuchali moich przepisów i wskazówek. Oddal od łoża wszelkich szarlatanów, całą armię rządzących krewnych i przemądrzałych pielęgniarek – jest to bowiem lud straszny, który z próżności udaremnia najlepsze zamiary sztuki i stworzenia Twoje często prowadzi do śmierci. Gdy nieświadomi mnie ganią i wyszydzają, niech miłość do sztuki uczyni ducha mojego niedostępnym do zranień jak pancerz, aby pozostał przy prawdzie, nie zważając na sławę, wiek i znaczenie jego wrogów. Udziel mi, o Boże, łagodności i cierpliwości przy chorych upartych i obrażających mnie. Udziel mi pomiarkowania we wszystkim, tylko nie w poznaniu, w nim niech będę nienasycony. Niech daleka będzie ode mnie myśl, że wiem wszystko i potrafię. Daj mi siłę, wolę i sposobność rozszerzania wiedzy mojej, aby duch mógł poznać i odkryć błędy w umiejętności, których wczoraj jeszcze nie przeczuwał: sztuka jest wielka, lecz rozum ludzki sięga coraz dalej.

Opr. dr Józef Hornowski

Calendarium medicinae, Warszawa 1986, s. 307

Rady salernitańskie dla puszczających krew

Gdy ciało płynów pełne, żądza władzę sprawia,
Troską, koszmarem dręczy, wesela pozbawia,
Wymioty, smak ich w ustach, puls brzmi twardym śpiewem,
Moczu mało, a szumi, gwiżdże w uchu lewem.

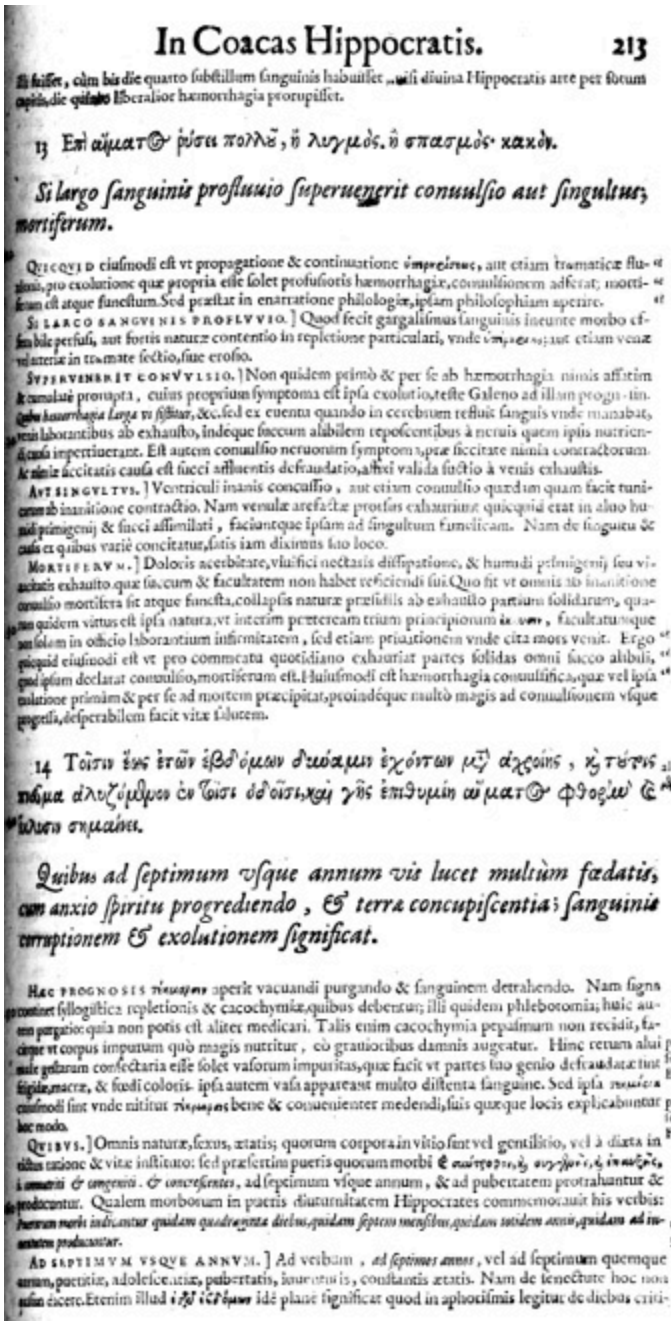
Przy częstym krwi puszczaniu nie dojdziesz Dobrodziej
Do siódmego krzyżyka, bo duch z krwią uchodzi.
Lecz pociesz się: wraz z winem duch wprędce się wzmoże,
A jadło na ubytek płynów Ci pomoże.

Pod wpływem krwi puszczania wzrok Twój rozjaśnieje,
Mózg, umysł skorzystają, a szpik się rozgrzeje;
Spać będziesz od wieczora aż po późne rano,
Ostrość zmysłów powróci, bóle Twe ustaną,
Żołądek się ustali i powrócą siły –
Nie tylko te co dawniej, lecz większe niż były.

Krwi puszczenie ponadto z zagniewania cuci,
Wesele smutnym, rozum kochankom przywróci.

Po krwi puszczeniu rada: sześć godzin czuwania,
Bo cierpieć może ciało wrażliwe od spania.

Za: S. Galewski, *Jak żyć, żeby długo żyć*, s. 48



In Coacas Hippocratis. 213

Si fuisset, cùm bis die quarto subtillum sanguinis habuisset ... nisi diuina Hippocratis arte per totum septimum die quintum liberalior hæmorrhagia prorupisset.

13 Ἐπὶ αἵματος ῥύσει πολλῷ, ἢ λυγμὸς, ἢ σπασμὸς· κακόν.

Si largo sanguinis profluuio superuenerit conuulsio aut singultus, mortiferum.

Quicquid ciusmodi est vt propagatione & continuatione ὑπερείσιος, aut etiam traumaticæ fluxionis, pro exolutione quæ propria esse solet profusionis hæmorrhagiæ, conuulsionem adferat; mortiferum est atque funestum. Sed præstat in enarratione philologiæ, ipsam philosophiam aperire.

Si largo sanguinis profluvio.] Quod fecit gargalismus sanguinis ineunte morbo effuso hic perfusi, aut fortis naturæ contentio in repletione particulari, vnde ὑπερείσιος; aut etiam venæ vel arteriæ in traumate sectio, siue erosio.

Svpervenerit convvlsio.] Non quidem primò & per se ab hæmorrhagia nimis affatim & cumulatè prompta, cuius proprium symptoma est ipsa exolutio, teste Galeno ad illum progn. 18. *Quibus hæmorrhagia larga vt sistitur*, &c. sed ex euenta quando in cerebrum refluit sanguis vnde manabat, vnde laborantibus ab exhausto, indèque siccum alibilem reposcentibus à neruis quem ipsis nutriendi causa impertiuerant. Est autem conuulsio neruorum symptoma, præ siccitate nimia contractorum & nimiæ siccitatis causa est succi affluentis defraudatio, aëris valida suctio à venis exhaustis.

Aut singvltvs.] Ventriculi inanis concussio, aut etiam conuulsio quædam quam facit tunicarum ab inanitione contractio. Nam venulæ arefactæ profsus exhauriunt quicquid erat in alio humido primigenij & succi assimilati, faciantque ipsam ad singultum fumelicam. Nam de singultu & causa ex quibus variè concitatur, satis iam diximus suo loco.

Mortiferum.] Dolocis acerbitate, vitalici nectaris dissipatione, & humidi primigenij seu vitalitatis exhausto quæ sua, cum & facultatem non habet reficiendi sui. Quo fit vt omnis ab inanitione conuulsio mortifera sit atque funesta, collapsis naturæ præsidiis ab exhausto partium solidarum, quarum quidem virtus est ipsa natura, vt interim præteream trium principiorum in vno, facultatumque non solum in officio laborantium infirmitatem, sed etiam privationem vnde citæ mors venit. Ergo quicquid ciusmodi est vt pro commeata quotidiano exhauriat partes solidas omni sacco alibili, quod ipsam declarat conuulsio, mortiferum est. Huiusmodi est hæmorrhagia conuulsifica, quæ vel ipsa conuulsione primùm & per se ad mortem præcipitat, proindéque multò magis ad conuulsionem vsque progressa, desperabilem facit vitæ salutem.

14 Τοῖσιν ἐς ἑπτὰ ἑβδόμων δυσὶ μὴ ἀρχοῦσιν, ἢ τούτοις πῆμα ἀλυσκόμενον ὃ τοῖσι δοῦσι, καὶ γῆς ἐπιθυμίη αἵματος φθορὴν ἢ ἰλυὸν σημαίνει.

Quibus ad septimum vsque annum vix lucet multùm fœdatis, cum anxio spiritu progrediendo, & terræ concupiscentia; sanguinis corruptionem & exolutionem significat.

Hæc prognosis πίσσειν aperit vacuandi purgando & sanguinem detrahendo. Nam signa continet syllogistica repletionis & cacochymiæ, quibus debentur; illi quidem phlebotomia; huic autem purgatio: quia non potis est aliter medicari. Talis enim cacochymia pepasmum non recidit, facitque vt corpus impurum quò magis nutritur, eò grauioribus damnis augeatur. Hinc rerum alui male gestarum confectaria esse solet vaforum impuritas, quæ facit vt partes suo genio defraudatæ tum frigidæ, macræ, & fœdi coloris ipsa autem vasa appareant multo dissenta sanguine. Sed ipsa πεπασμένα ciusmodi sint vnde nititur πίσσειν bene & conuenienter medendi, suis quæque locis explicabuntur hoc modo.

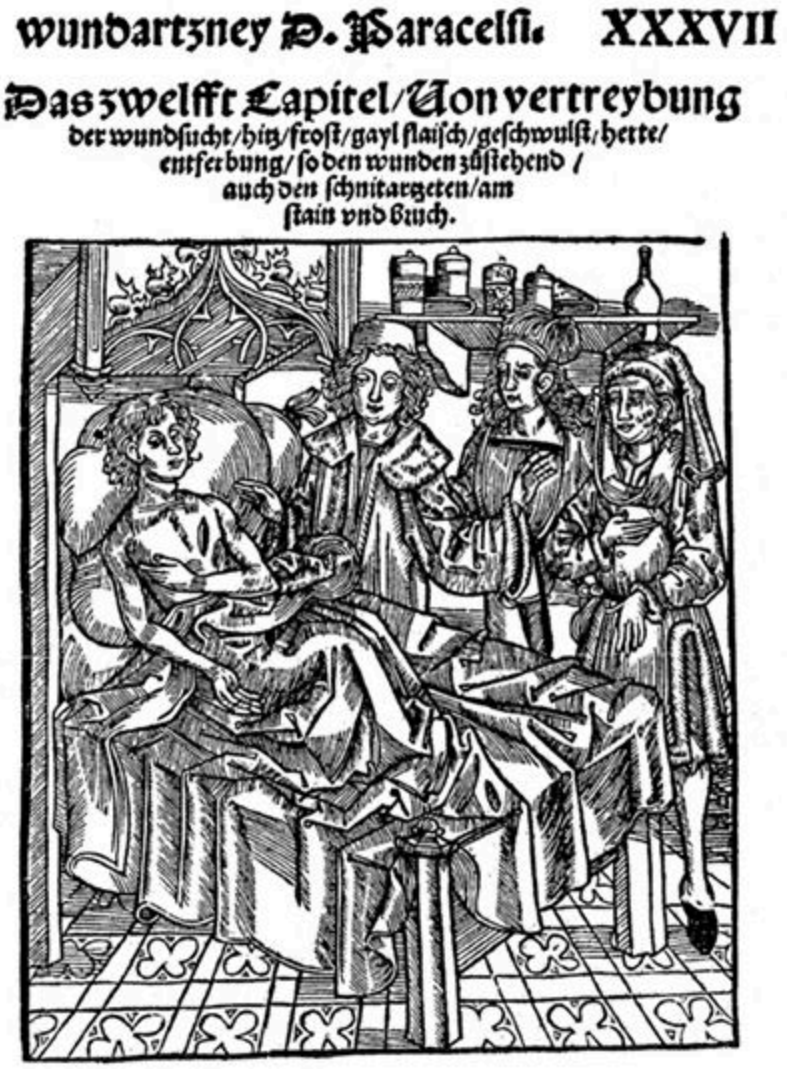
Qvibvs.] Omnis naturæ, sexus, ætatis; quorum corpora in vitio sint vel gentilitio, vel à diæta in vitiosa ratione & vitæ instituto: sed præsertim pueris quorum morbi ἐκ σαπρότητος, ἢ συγχύσεως, ἢ ἀκρασίας, ἢ ἀσυμμετρίας, ἢ συμφυσήσεις, ἢ συστάσεις, ad septimum vsque annum, & ad pubertatem protrahuntur & producuntur. Qualem morborum in pueris diuturnitatem Hippocrates commemorauit his verbis: *Puerorum morbi iudicantur quidam quadragesimo die, quidam septimo mensibus, quidam eodem anno, quidam ad impuberem producuntur.*

Ad septimvm vsque annvm.] Ad verbum, *ad septimos annos*, vel ad septimum quemque annum, pueritiæ, adolescentiæ, pubertatis, iuuentutis, constantis ætatis. Nam de senectute hoc non solum dicere. Etenim illud ἑβδόμων idè planè significat quod in aphorismis legitur de diebus criti-

Strona z dzieła Louisa Dureta, *Hippocratis Magni Coacae Praenotiones*, Stephan Gamonet, Geneva 1665

Louis Duret (1527–1586) – lekarz przyboczny królów francuskich Karola IX i Henryka III,profesor Collège de France w latach 1568–1586. Dzięki znajomości łaciny, greki i arabskiego, po 30 latach uciążliwej pracy stał się znawcą Hipokratesa, jego komentatorem

i wydawcą. Dzieło to jest kolejnym wydaniem komentarza Dureta do *Prognostyków* Hipokratesa, które zostały przygotowane przez jego syna Jana Dureta i opatrzone dedykacją: *Ad Henricum Tertium Galliae et Poloniae Regem Christianissimum*.



Ilustracja ówczesnego sposobu nauczania: mistrz przychodzi do chorego w towarzystwie uczniów (z dzieła Paracelsusa, *Der grossen Wundartzney*, Augsburg 1536)

Zwróć uwagę, Czytelniku, jak wówczas uczono medycyny:

– aforyzm w języku oryginału, czyli po grecku

– tenże aforyzm w bardziej dostępnym tłumaczeniu na łacinę

– komentarz, a czasem drugi i następne...

Rozwój nauki polegał tylko na dopisywaniu kolejnych komentarzy, czyli w rzeczywistości go nie było.

VIII. Zarazy – epidemie

Znane są z historii choroby trapiące ludzkość w wymiarze społecznym, a zatem więcej niż jednostkowym, o dużym nasileniu, nieznanej przyczynie, pochłaniające tysiące istnień ludzkim w stosunkowo krótkim czasie. Brak szczegółowego opisu objawów utrudnia identyfikację jednostki chorobowej, ale to nie zmienia faktu istnienia i znaczenia epidemii. Już w Księdze Rodzaju, wśród plag egipskich, spotykamy się z informacją o zarazie, która padła na ludzi, oraz o zarazie, która padła na zwierzęta.

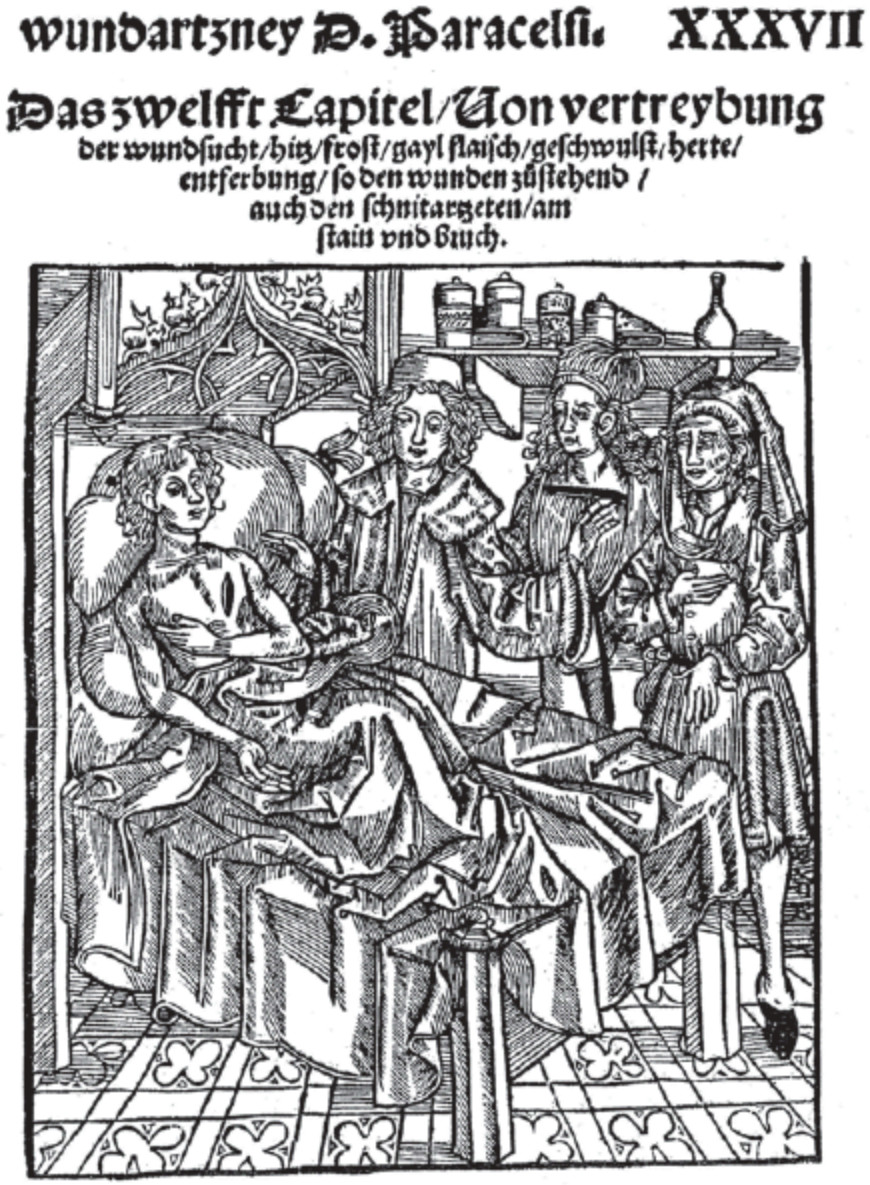
W innym miejscu, w Psalmie 91 (1–2, 5–6) czytamy:

Kto przebywa w pieczy Najwyższego
i w cieniu Wszechmocnego mieszka,
mówi do Pana: „Ucieczko moja i twierdzo,
mój Boże, któremu ufam”.
[...]
W nocy nie ulękniesz się strachu
ani za dnia – lecącej strzały,
ani zarazy, co idzie w mroku,
ni moru, co niszczy w południe.

Bardziej znamy to w tłumaczeniu Kochanowskiego, spopularyzowanym w pieśni „Kto się w opiekę oddał Panu swemu”:

„Ciebie on z łowczych obieży wyzuje,

I w zaraźliwem powietrzu ratuje”.



Paracelsus, *Der grossen Wundartzney*, Augusburg 1536

Również w Księdze Królewskiej (2 Krl 19, 35) mamy opis choroby, która gwałtownie rozprzestrzeniła się wśród wojsk asyryjskiego króla Sennacheryba: *Tejże samej nocy wyszedł Anioł Pański i pobił w obozie Asyryjczyków sto osiemdziesiąt pięć tysięcy ludzi. Rano, kiedy trzeba było wstawać, oto ci wszyscy byli martwymi ciałami*.

O tej klęsce Asyryjczyków pisze Herodot i odnosi ją do szczurów, jako roznosicieli zarazy. Byłaby to wczesna, i jakże trafna obserwacja, szkoda, że później zlekceważona.

W historii Tukidydesa jest opis zarazy, która wystąpiła w czasie oblężenia Aten przez Spartan (460–400 r. przed Chr.) i nazwana została „zarazą ateńską". Jaka to była choroba? Wszystko wskazuje, że była nią dżuma.

1. Dżuma

Chorobą, która zebrała największe żniwo śmierci w dziejach ludzkości, jest dżuma. Jej nasilenie przypada na wiek XIV, ale najprawdopodobniej dżuma była przyczyną epidemii, która wybuchła w Konstantynopolu w 530 roku i trwała tam, z różnym nasileniem, do roku 580, pochłaniając – bywało – do tysiąca osób dziennie (!). Nosi nazwę „zarazy Justyniańskiej". Ten początek dżumy utrwali jej obecność w Europie na tysiąc lat, bowiem koniec epidemii dżumy datuje się na rok 1665, kiedy to po raz ostatni zjawiła się w Londynie. Zatem przez tyle stuleci ludność Europy

była nękana przez chorobę o nieznanym źródle i żyła w ustawicznym strachu przed jej pojawieniem się w każdej chwili.

Dżuma przybyła z Azji, drogą morską z Krymu z chorą załogą dotarła do Messyny na Sycylii, a stąd z wielką gwałtownością rozprzestrzeniła się na całą ówczesną Europę. Charakteryzowała się gwałtownym przebiegiem: najpierw występowały dreszcze, za nimi szła gorączka z majaczeniem, upadek sił, śmierć. Na powłokach chorych występowały czarne plamy, od których choroba wzięła swą nazwę: „czarna śmierć" – *mors nigra*. Nazywano ją też: *pestis*, *pestilentia*, zaś odpowiednikiem w języku polskim były nazwy: dżuma, mór, morowe powietrze. Tę chorobę miano na uwadze w śpiewanych suplikacjach:

> Od powietrza, głodu, ognia i wojny
> Zachowaj nas Panie!

O chorym mówiono: ruszony powietrzem, ponieważ „zło" szło powietrzem. A jeśli tak, jedynym sensownym sposobem było „oczyszczanie" powietrza przez palenie ognisk.

Dżuma występuje pod dwiema postaciami:

– w lecie częściej pojawia się jej postać gruczołowa, czyli dymienicza (*pestis bubonica*), z obrzękiem gruczołów limfatycznych, które ulegają ropieniu i rozkładowi;

– w zimie – postać płucna z wykrztuszaniem cuchnącej wydzieliny.

Przebieg choroby – w przeciwieństwie do trądu, który w tym samym czasie się pojawił – był gwałtowny. Tym większe zagrożenie, tym większa bezbronność. A zagrożenie duże:

w okresie nasilenia zjadliwości zarazy (*genius epidemiae*) wyginęła połowa ludności, a być może nawet więcej.

Przyczyna epidemii? W *Złotej legendzie* czytamy:

> „Pewnego razu rzeka Tyber wystąpiła ze swego łożyska i wezbrała tak, że wody jej przelały się ponad mury miasta i zburzyły wiele domów. Z rzeką spływało wtedy do morza wiele węży i ogromny smok, lecz fale zatopiły, a następnie wyrzuciły te gady na brzeg, a ich gnijące ciała zatruły powietrze, z czego powstała najstraszliwsza zaraza, którą nazywają dżumą. Nawet cielesnymi oczyma można było wtedy ujrzeć strzały spadające z nieba i przeszywające ludzi. Dosięgły one najpierw papieża Pelagiusza, który natychmiast zmarł. Później zaraza tak się srożyła wśród reszty ludności, że wiele domów w mieście zostało pustych po śmierci ich mieszkańców”[1].

Wobec nowej, nieznanej choroby sztuka lekarska była bezradna, a ludzkość bezsilna. Jedynie dobra znajomość Pisma Świętego nasuwała rozwiązanie, przynajmniej częściowe. Co robili starotestamentowi żydzi w takich przypadkach? Odosobniali chorych. Nie jest to co prawda środek leczniczy, ale zapobiegawczy, a w działaniu skuteczny. Trzeba zatem chronić regiony nieobjęte chorobą przed wdarciem się zarazy. Dżuma przyszła drogą morską: niech zatem statki stoją na redzie przez 40 dni, zanim wpłyną do portu. To samo dotyczy wędrujących drogą lądową: jeśli po 40 dniach nie wystąpią objawy chorobowe, mogą wejść do miasta. Okres 40 dni wzięto z Hipokratesa. Jego zdaniem chorobę, która w tym czasie nie ustępuje, można uznać za przewlekłą. Czterdzieści to *quaranta*. Stąd okres czasowej izolacji do dziś nosi nazwę kwarantanny.

Maciej z Miechowa zapytany, jak strzec się przed zarazą, odpowiedział traktatem *Contra saevam pestem regimen*

accuratissimum wydanym w 1508 roku. Wymienia w nim szereg czynników, których należy unikać, i podaje tyleż samo zaleceń. Aby je było łatwo zapamiętać, używa chwytu mnemotechnicznego i układa swe rady w wyrazy zaczynające się od litery F.

Tak zatem pamiętaj, co ci szkodzi: *fatiga* (zmęczenie), *fames* (głód), *fructus* (owoce), *femina* (kobiety), *flatus* (wyziewy). A teraz, co ci sprzyja: *flebotomia* (upusty krwi), *fuga* (ucieczka), *focus* (ogień), *fricatio* (nacieranie), *fluxus* (wycieki).

Nie ulega wątpliwości, że największe znaczenie miała *fuga*, czyli ucieczka, z czego też korzystano nader chętnie, jeśli tylko istniała sposobność. Miasta wyludniały się, pozostawał grabarz, któremu rada miejska – w razie śmierci – zobowiązywała się wywianować córkę. Uniwersytet krakowski przenosił się do Bronowic lub Niepołomic. Wytworne towarzystwa włoskie uciekały w góry. W takich okolicznościach powstał słynny zbiór opowiadań *Dekameron* Boccaccia. W Wenecji dżuma szalała w latach 1557–1577. Wspaniała bazylika Santa Maria della Salute, którą możemy i dziś oglądać, została zbudowana jako wotum za wygaśnięcie zarazy.

Skuteczność izolacji, odsuwania się od chorych, od miejsc nawiedzonych zarazą wypływała z prostej obserwacji, a ta doprowadziła do innego niż dotąd rozumienia istoty choroby. A zatem o chorobie nie decydują, jak do niedawna przypuszczano, czynniki kosmiczne, atmosferyczne, ziemskie i ich kombinacje lub wpływ gwiazd, co nazywano *influentia astrorum* (a co przetrwało

w angielskiej nazwie grypy – *influenza*). Miechowita wyraźnie podkreśla, że swe porady pisze, aby „w razie pojawienia się zarazy, nie z przyczyn niebieskich, lecz na skutek styczności z przybyszami" można się uchronić i zabezpieczyć przed zarazą. Choroba jest zatem czymś co istnieje, co się przenosi z człowieka na człowieka, a zatem stanowi jakiś byt (*ontos*). Stąd mówimy o ontologicznym pojęciu choroby. Jeśli istnieje możliwość zarażenia się chorobą przez bezpośredni kontakt, to znaczy, że jest to jakiś czynnik ożywiony, a zatem: *contagium animatum*.

Pod koniec XIX wieku Aleksander Yersin (1863–1943), lekarz działający w koloniach, odkrył *Baccillus pestilence*. Inni odkryli drogę jego przenoszenia się ze szczurów na ludzi przez pewne gatunki pcheł. Wtedy stało się jasne, dlaczego tak długo dżuma utrzymywała się w Europie, zwłaszcza w Londynie, gdzie pojawiała się co jakiś czas, by w 1665 roku pojawić się po raz ostatni. W tym czasie wybuchł wielki pożar Londynu, po którym przebudowano miasto na nowo, na innym niż przedtem planie. Z rozbiórką starych budynków uległy zniszczeniu gniazda szczurów, nośników tej choroby.

Św. Sebastian i św. Roch

Dzieli ich tysiąc lat, a łączy ta sama choroba, czyli dżuma, wobec której mieli być orędownikami w niebie. Sebastian żył w III wieku po Chr. i był dowódcą straży na dworze cesarskim. Ponieważ wyrzucał Dioklecjanowi niegodziwość wobec chrześcijan, skazany

został na śmierć i to w osobliwy sposób: stał się żywą tarczą dla żołnierzy wprawiających się w strzelaniu z łuku. O wyborze tego świętego na patrona od dżumy zadecydowała strzała, odwieczny symbol moru. Młody człowiek, o pięknej budowie ciała, kojarzył się z Apollinem, choć był jego przeciwieństwem: tamten wypuszczał strzały zarazy, ten je dobrowolnie przyjmował, biorąc na siebie całe nieszczęście, jakie one z sobą niosły.

Kult św. Sebastiana rozwinął się w całej Europie. Nie ma średniowiecznego miasta, w którym nie poświęcono by mu przynajmniej ołtarza, jeśli już nie całego kościoła.

W późnym średniowieczu rozwinął się kult św. Rocha (1296–1327). Urodzony w Montpellier, po śmierci rodziców rozdał majątek i wyruszył do Rzymu. Po drodze, w Acquapendente, spotkał się z epidemią dżumy, pozostał więc tam i przez jakiś czas opiekował się chorymi. Po trzech latach pobytu w Rzymie, w drodze powrotnej do Francji, w Piacenzie, zaraził się dżumą i – aby nie zarażać innych – skrył się w lesie. Tam go dostrzegł pies, jak głosi legenda, i przynosił mu chleb. Motyw o tyle istotny, że w ikonografii przedstawiany jest właśnie z tym psem, a ponadto demonstruje obnażone udo, na którym widać zmiany dymienicze.

Kult św. Rocha rozwinął się bardzo szybko. W Polsce był już znany w wieku XV. W Rzymie wybudowano kościół, a potem szpital ku jego czci. Powstało też bractwo św. Rocha, zakon rochitów i tysiące pomniejszych szpitali i kaplic, którym patronuje do dziś.

Należy zwrócić uwagę na istotną różnicę w zachowaniu się obu świętych: o ile Sebastian, którego kult pojawia się z początkiem średniowiecza, jest biernym celem łuczników, o tyle Roch, który

żyje pod koniec tej epoki, jest już świadomy zaraźliwości swej choroby i dobrowolnie się izoluje, dając tym przykład innym.

Kataklizm, jaki wywołała dżuma wśród ludności Europy, miał wpływ na ekonomię i zbiorową mentalność. Umierający ludzie, których często nie miał kto pogrzebać, pozostawiali majątki ziemskie, którymi nie miał się kto zajmować. Strach przed „nagłą a niespodziewaną śmiercią" przyczyniał się do wzrostu pobożności chrześcijańskiej, ale z czasem bogactwo i dobrobyt (widzimy to i w naszych czasach) działały w przeciwną stronę. Śmierć duchownych (wymierały całe klasztory) sprzyjała rozluźnieniu stosunków i ułatwiała powrót do myśli antycznej, a tym samym stała się czynnikiem sprzyjającym narodzinom Odrodzenia.

Dżuma w literaturze

Ściśle historyczny, faktograficzny opis kataklizmów dziejowych widziany jest niejako w skrócie perspektywicznym, a przez to kryje w sobie niebezpieczeństwo jednostronności. Najbardziej obiektywny fakt to statystyka – jest przerażająca, ale sucha, nic nie mówi o tym, jak biegło życie codzienne, zdobywanie chleba, praca zawodowa, życie rodzinne, a także towarzyskie. A przecież mimo ustawicznego zagrożenia ludzie żenili się i dzieci przychodziły na świat. Z nieszczęściem, które jest obok nas, trzeba się oswoić, z zagrożeniem również – to jest cena przeżycia.

Literatura pamiętnikarska, bardziej niż opis historyczny, przybliża do tego rzeczywistego obrazu życia powszedniego w tamtym, złym czasie. Dlatego warto pochylić się nad „Prologiem" do *Dekameronu* Giovanniego Boccaccia, zwięzłego, ale obrazowego przedstawienia kataklizmu, na skalę dziś już

niewyobrażalną, który nadchodził, osiągał zenit, powoli przemijał, pozostawiając resztę ocalonych ich własnemu losowi, bez jakiejkolwiek pomocy z zewnątrz.

Daniel Defoe w swoim *Dzienniku roku zarazy* daje realistyczny obraz sytuacji w Londynie, w którym cały czas przebywał, a swoje obserwacje opisywał. Przebieg choroby nie u wszystkich był taki sam:

> „Niektórych pokonywała od razu, dostawali wysokiej gorączki, wymiotów, nieznośnego bólu głowy, bólu krzyża i tak aż do obłędu i przystępów szału pod wpływem tych cierpień; innym znów tworzyły się obrzęki i wrzody na karku, w pachwinach, pod pachami, które zanim pękły, przyprawiały ich o nieznośne udręki i tortury”[2].

Dżuma pojawiała się częściej na przedmieściach, niż w samym mieście. Nawiedzała dzielnice gęsto zaludnione i ubogie, przenosiła się stopniowo w miejsca jeszcze dotąd niezagrożone. Ratunek był jeden: ucieczka. „Ratuj się, kto w Boga wierzy!”. Zatem kto mógł opuszczał miasto i przenosił się w okolice wolne od zarazy. Również dwór królewski. Jaka była przyczyna? Ludzie dotknięci tą chorobą mówili:

> „Nie byłem w bliskości zarazy, nie zetknąłem się z żadną chorą osobą, jestem pewien, że to jest w powietrzu. Oddychając wciągamy w siebie śmierć, dlatego wszystko jest w ręku Boga, nie sposób się temu oprzeć”.

Sam Defoe był świadomy naturalnego przebiegu rozszerzania się choroby:

> „Pośród tych przyczyn i skutków już sam tajemniczy, niedostrzegalny i nieuchronny proces wzajemnego przekazywania sobie zarazy wystarcza aż nadto, aby wypełnić okrutną karę Bożą, nie uciekając się do zjawisk nadprzyrodzonych ani cudów. [...]

> Nikt w całym narodzie nie nabawił się choroby czy też zarazy inaczej niż w zwykły sposób zarażając się, czy to bezpośrednio przez odzież, dotknięcie, czy smród od kogoś, kto już poprzednio jej uległ".

Również droga dojścia zarazy do Londynu była mu znana: przybyła wraz z holenderskimi okrętami ze Wschodu, z towarami do domu przy Long Acre, a stąd rozeszła się na całe miasto.

W pamiętnikach Samuela Pepysa dżuma pojawia się jakby na marginesie życia codziennego z jego kłopotami i drobnymi przyjemnościami. Jest rok 1665. Pepys opisuje tylko jeden wstrząsający przypadek wniesienia skargi przeciw człowiekowi, który przyjął dziecko z zapowietrzonego domu:

> „Rajca Hooker powiedział nam, że było to dziecko bardzo zdatnego obywatela z Gracious Street, siodlarza, który pogrzebał wszystkie swe dzieci okrom tego jednego; a będąc zamkniętym w domu i bez nadziei wydostania się, chciał to dziecko przynajmniej ocalić i dobił się do tego, że jeden z jego przyjaciół wziął je nagie z jego rąk, podane mu przez okno, i odziawszy je w nowe szatki, wywiózł je do Greenwich. Zważywszy tę historię uchwaliliśmy, że dziecku ma być pozwolone zostać w Greenwich"[3].

A poza tym podaje, prawie mimochodem, suche liczby, które go przerażają, ale nie przeszkadzają korzystać z uroków życia:

> „27 lipca. W domu zastałem tygodniowy rejestr śmiertelności. 1700 osób zmarło tego tygodnia od zarazy. Koledzy postanowili dzisiaj przenieść urząd do Deptford. Przemyślam co dalej robić.
>
> 28 lipca. Wzmaganie się zarazy sprawia, że chcemy przyspieszyć ślub i naznaczyliśmy go na przyszły poniedziałek. Młodzi już się dobrze poznali.
>
> 31 lipca. [...] Jesteśmy zatroskani z przyczyny zarazy, która wzmaga się coraz bardziej; w ostatnim tygodniu zmarło z niej 1700 albo 1800 osób. Boże, zachowaj nas i wszystkich przyjaciół przy życiu i zdrowiu.

13 sierpnia. Cały dzień pisałem instrukcje dla moich egzekutorów testamentu i przyprowadziłem do perfekcji całą sprawę mojej ostatniej woli. [...]
15 sierpnia. [...] Śniło mi się, że miałem panią Castemaine w objęciach i przypuszczony byłem do wszelkich łask i pieszczot, jakich tylko życzyłem, a potem śniłem, że to nie mogła być jawa, że to był tylko sen, ale że skoro to był sen, a przecie miałem w nim tyle rzeczywistej rozkoszy, jak szczęsną rzeczą byłoby, gdybyśmy leżąc już w naszych grobach (jak Szekspir o tym pisze) mogli śnić i śnić takie sny; i że natenczas nie potrzebowaliśmy tak się bać, jak teraz czasu tej zarazy. [...] Wracając do domu wieczorem, natknąłem się na ciało zmarłego na zarazę.
31 grudnia. [...] Co do mnie, to nigdy nie żyłem tak wesoło jak czasu tej zarazy, dzięki miłemu towarzystwu lorda Brounkera i kapitana Cocke'a, dzięki poznaniu pani Knipp i pani Coleman, i jej męża, z którymi urządzaliśmy tańce i przyjęcia na mój koszt. [...] Proszę Boga, by zaraza ustąpiła zupełnie, bo trzyma ona Dwór z dala od stolicy, a przez to wszystkie publiczne sprawy leżą odłogiem i przychodzą do ruiny, jako że z dala nikt nie chce mieć ich na pieczy"[4].

Echo kataklizmu, jakim była zaraza, jak echo potopu biblijnego tkwi ciągle w podświadomości ludzkiej i odzywa się w literaturze pięknej, gdy z jakiegoś powodu jej wizja staje się znowu aktualna.

W literaturze polskiej ballada „Alpuhara" z poematu A. Mickiewicza *Konrad Wallenrod*, popularna niegdyś wśród starszego pokolenia, a będąca apoteozą zdrady w imię miłości ojczyzny, mówi o podstępnym wprowadzeniu dżumy do obozu zwycięzców:

„Już w guzach leżą Maurów posady,
Naród ich dźwiga żelaza;
Bronią się jeszcze twierdze Grenady:
Ale w Grenadzie zaraza.

Broni się jeszcze z wież Alpuhary
Almanzor z garstką rycerzy,
Hiszpan pod miastem zatknął sztandary,
Jutro do szturmu uderzy.
[...]
Spojrzał dokoła – wszystkich zadziwił:
Zbladłe, zsiniałe miał lice:
Śmiechem okropnym usta wykrzywił,
Krwią mu nabiegły źrenice.

»Patrzcie! o giaury! jam siny i blady,
Zgadnijcie czyim ja posłem? ...
Jam was oszukał: wracam z Grenady.
Ja wam zarazę przyniosłem!...«
[...]
Hiszpanie trwożni z miasta uciekli:
Dżuma za nimi w ślad biegła:
Z gór Alpuhary nim się wywlekli
Reszta ich wojska poległa".

Juliusz Słowacki podczas podróży na Bliski Wschód widział nie tylko zabytki starożytności, ale potworności ludzkiego zmagania się z losem. Sam przeszedł kwarantannę w El-Arich, a opowieści lekarza, włoskiego emigranta dra Steble o dżumie i dotkniętych tą chorobą, uwiecznił w tragicznym poemacie *Ojciec zadżumionych*:

„Trzy razy księżyc odmienił się złoty,
Jak na tym piasku rozbiłem namioty.
Maleńkie dziecko karmiła mi żona,
Prócz tego dziecka, trzech synów, trzy córki,
Cała rodzina dzisiaj pogrzebiona
Przybyła ze mną.
[...]
Śmierć od zarazy? ach! to śmierć okrutna
Potem cię ogień pali, piersi gorą...

Zaczynasz własnych braci nie poznawać,
Ach! ja tak moich widziałem ośmioro!”

W prozie ostatnich dziesięcioleci pojawiły się dwa dzieła nawiązujące do kataklizmu, który przed wiekami wstrząsnął ludzkością, a którego pamięć ciągle trwa. Poświęćmy im nieco uwagi – nie dla analizy literackiej, a jedynie dla przypomnienia. Zacznijmy od *Dżumy* Alberta Camusa. W nieszczęściu pozostali przy życiu muszą się oswoić ze stanem ustawicznego zagrożenia. Tego wymaga potrzeba przeżycia. Ale czy za wszelką cenę?

„Słowo »dżuma« zostało wypowiedziane po raz pierwszy. W tym punkcie opowiadania, które pozostawia Bernarda Rieux za oknem jego gabinetu, niech wolno będzie narratorowi usprawiedliwić niepewność i zdumienie doktora, skoro jego reakcja, z pewnymi odchyleniami, była reakcją większości naszych współobywateli. Zarazy są w istocie sprawą zwyczajną, ale z trudem się w nie wierzy, kiedy się na nas walą. Na świecie było tyle dżum co wojen. Mimo to dżumy i wojny zastają ludzi zawsze tak samo zaskoczonych. Doktor Rieux był zaskoczony podobnie jak nasi współobywatele i tak należy rozumieć jego wahania. Tak też należy rozumieć jego rozdwojenie pomiędzy niepokojem i ufnością. Kiedy wybucha wojna, ludzie powiadają: »To nie potrwa długo, to zbyt głupie«. I oczywiście, wojna jest na pewno zbyt głupia, ale to nie przeszkadza jej trwać. Głupota upiera się zawsze, zauważono by to, gdyby człowiek nie myślał stale o sobie. Nasi współobywatele byli pod tym względem tacy sami jak wszyscy, myśleli o sobie, inaczej mówiąc, byli humanistami: nie wierzyli w zarazy. Zaraza nie jest na miarę człowieka, więc powiada się sobie, że zaraza jest nierzeczywista, to zły sen, który minie. Ale nie zawsze ów sen mija i, od złego snu do złego snu, to ludzie mijają, a humaniści przede wszystkim, ponieważ nie byli dość ostrożni. Nasi współobywatele nie ponosili większej winy niż inni; zapomnieli o skromności, tylko tyle, i myśleli, że wszystko jest jeszcze dla nich możliwe, co zakłada, że zarazy są niemożliwe. Nadal robili interesy, planowali podróże i mieli poglądy. Jak mogli myśleć o dżumie, która

przekreślała przyszłość, przenoszenie się z miejsca na miejsce i dyskusje? Uważali się za wolnych, a nikt nie będzie wolny, jak długo będą istniały zarazy.

I nawet po tym, gdy doktor Rieux przyznał w obecności swego przyjaciela, że garstka rozproszonych chorych umarła bez uprzedzenia na dżumę, niebezpieczeństwo było dla niego wciąż nierzeczywiste”[5].

Ale w tej rzeczywistości można zapomnieć o rzeczy najistotniejszej: nie wolno zaakceptować zła. Z. Szawarski, filozof, nie filolog, broni tezy, że „nauczanie jest nieodłącznie związane z oddziaływaniem na postawy i zachowania ucznia, a pewne przedmioty – są to oczywiście przedmioty humanistyczne – są tak nasycone wartościami moralnymi, że nie można wręcz uchylić się od zajęcia takiej lub innej postawy”. W tym celu przeprowadził analizę *Dżumy* i postaw moralnych jej bohaterów: dra Rieux, Tarrou, Granda, Ramberta, Paneloux, Cottarda i doszedł do następujących wniosków:

„Zło, którego ogrom unaocznia dżuma, jest niepojęte i przekracza ludzką wyobraźnię. (»Obywatele byli humanistami: nie wierzyli w zarazy«). Zmusza do myślenia. Ale utarte przyzwyczajenia, niewiedza, brak odwagi poznania prawdy każą wierzyć w ułudę pozorów (»zjawiska przykre, lecz przejściowe«, optymistyczne informacje dzienników »chcą przechytrzyć dżumę«, a prefekturze zależy bardzo na tym, by w osobnych mogiłach grzebać kobiety i mężczyzn). Kiedy zło jest zbyt natarczywe, przychodzi zwątpienie i rezygnacja. (»Miasto stało się poczekalnią«, a »mieszkańcy zapadli w długi sen«). Uświadomienie sobie sytuacji uwięzienia, niemożność wyrwania się z kręgu zła, odkrywają rzeczywistą wartość kontaktu z drugim człowiekiem, a zarazem głęboką samotność, brak możliwości porozumienia i niemożność bycia i współprzeżywania z innymi. W obliczu śmierci wszystko traci wartość”[6].

Gustaw Herling-Grudziński do swojego opowiadania *Dżuma w Neapolu* zaczerpnął informacje ze starych włoskich kronik. Ale

nie jest to opis historycznego zdarzenia, lecz dzieło literackie, metafora śmierci społeczeństwa, do którego napisania bodźcem było wprowadzenie w Polsce stanu wojennego. Stąd nie brak w nim aluzyjności do generała, głównego „bohatera" i innych wydarzeń.

> „Opisując sam przebieg dżumy i postawy ludzi w czasie dżumy, miałem też częściowo na oku te zjawiska społeczne, jakie obserwowałem po wprowadzeniu stanu wojennego w Polsce. Myślałem o chorobie społeczeństwa, zarażonego wprowadzeniem stanu wojennego. [...]
>
> Chciałem powiedzieć: »Nie myślcie, że wyleczycie się z tego w ciągu pięciu czy sześciu lat. Skutki stanu wojennego rzucą cień na następne pokolenia«. I nadal tak uważam"[7].

Dżuma jako plaga nie prześladuje już ludzkości od wieków, ale istnieje w podświadomości i będzie się przypominać w każdej generacji, która jest i która po nas przyjdzie, jako uosobienie zła, które dotyka lub dotknąć może całe społeczeństwo.

2. Trąd

Trąd przybył na Bliski Wschód z Indii, w miarę rozwoju żeglugi morskiej wraz z marynarzami, a legioniści rzymscy przywlekli go do Europy. W średniowieczu zyskał na intensywności i rozprzestrzeniał się gwałtownie, jak nigdy dotąd. Był chorobą groźną i tajemniczą: groźną, bo nieodwracalną, a tajemniczą, bo nie była znana jego etiologia. W przeciwieństwie do dżumy, choroba postępowała wolno, ale nieubłaganie do nieszczęśliwego końca.

Trąd występuje w dwóch postaciach w zależności od lokalizacji zmian. Jako trąd skórny (*lepra cutanea, sive tuberosa*) przejawia się w postaci guzów na rękach i nogach, a zwłaszcza widocznych na twarzy: skóra staje się pofałdowana, a twarz płaska; robi wrażenie zwierzęcej, stąd nazwa *facies leonina*. Choremu wypadają włosy, nos się zapada, oddech staje się cuchnący, chory ślepnie.

W drugim rodzaju trądu dochodzi do nacieków wokół gałązek nerwowych (*lepra nervorum*), co prowadzi do uszkodzenia przewodnictwa, a zatem do niedowładów. Na skórze pojawiają się plamy brunatnoczerwone, które zmieniają barwę na ciemnobrunatne. W innych miejscach skóra staje się atroficzna, biała i niebolesna (*lepra maculo-anaesthetica*). Rysunki pojawiające się na skórze chorego przypominają mapę geograficzną. Znieczulica skóry staje się przyczyną mimowolnych zranień, co prowadzi do stanów zapalnych i owrzodzeń. Z przejściem procesu chorobowego na mięśnie zdolność ruchowa chorych staje się ograniczona. Chory żyje od 2 do 20 lat.

Ale cierpienia fizyczne były niczym w stosunku do urazu psychicznego, który społeczeństwo musiało zadać choremu. Trzeba to zrozumieć. Pojawienie się choroby, wobec której medycyna ówczesna była zupełnie bezsilna, musiało budzić przerażenie wśród społeczeństwa średniowiecznych miast i wsi. Wobec braku jakichkolwiek innych możliwości, przejęto wzór ze Starego Testamentu. W Księdze Kapłańskiej (13, 2–8) znajdują się przepisy dotyczące rozpoznawania trądu i postępowania z chorym:

> *Jeżeli u kogoś na skórze ciała pojawi się nabrzmienie albo wysypka, albo biała plama, która na skórze jego ciała jest oznaką trądu, to przyprowadzą go do kapłana [...]. Kapłan obejrzy chore miejsce na skórze ciała: jeżeli włosy*

na chorym miejscu stały się białe i jeżeli znak zdaje się być wklęśnięty w stosunku do skóry ciała, jest to plaga trądu. Kapłan stwierdzi to i uzna człowieka za nieczystego.

Ale w podejmowaniu decyzji należy być ostrożnym. Stąd dalsze zalecenia:

Jeżeli jednak plama na skórze jego ciała jest biała, ale nie zdaje się być wklęśnięta w stosunku do skóry i włosy nie pobielały, to kapłan odosobni chorego na siedem dni. Potem, siódmego dnia, kapłan znowu go obejrzy. Jeżeli plama stała się matowa i nie rozszerzyła się na skórze, to kapłan uzna go za czystego. [...] Jeżeli stwierdzi, że wysypka rozszerzyła się na skórze, uzna go za nieczystego: jest to trąd.

A w tym przypadku, człowiek uznany z trędowatego, będzie musiał już swym wyglądem dawać znać o swej chorobie, będzie musiał wołać: Nieczysty! Nieczysty! Ale co najgorsze: *Będzie mieszkał w odosobnieniu. Jego mieszkanie będzie poza obozem* (Kpł 13, 46).

I ten wzór postępowania – jak zaradzić złu – przejęto niemal dosłownie. Stworzono miejsca izolacji, specjalne szpitale dla trędowatych – *hospitale leprosorum*, zwane leprozoriami, a po polsku trędowiskami. To wyrwanie chorego z życia rodzinnego i społecznego musiało być niezwykle bolesne, zwłaszcza że wobec ówczesnych prymitywnych i niepewnych metod diagnostycznych, opartych wyłącznie na obserwacji, przy małym doświadczeniu o pomyłki w orzekaniu nie było trudno. Powstawały, na wzór kapłańskich, komisje powoływane z radnych (wśród nich bywali też lekarze), które podejmowały decyzje co do losu chorego. Decyzja taka oznaczała praktycznie śmierć cywilną.

„Po mszy, której wysłuchiwał trędowaty, klęcząc na czarnym suknie z głową okrytą czarnym woalem i po której oficjant posypywał choremu

głowę ziemią, mówiąc *sis mortuus mundo* [będziesz umarły dla świata], dla pociechy dodając *vivus iterum Deo* [żywy natomiast dla Boga], ksiądz odczytywał to wszystko, co trędowatemu było zabronione”[8].

Te nakazy, tzw. *deffenses* zobowiązywały chorego do odpowiedniego zachowania się: nie wolno mu było zbliżać się do zdrowych, poruszać się po mieście bez widocznych oznak swej choroby, myć rąk ani prać w rzece; rozmawiać miał ze spotkanymi tylko pod wiatr. Otrzymywał własnykoszyk na jałmużnę i rękawiczki, aby niczego nie dotykał gołą ręką, wreszcie grzechotkę, którą miał dawać znać, że się zbliża.

Ta bardzo drastyczna metoda przynosiła wyraźne rezultaty. Budowane w XIV i XV wieku leprozoria (w samej Francji było ich ok. 4 tys.) już w XVI stuleciu bywają zamieniane bądź to na szpitale dla chorych skórno-wenerycznie, bądź na przytułki dla ubogich. Podobnie było u nas.

Do Polski trąd przybył wraz z kolonistami niemieckimi, po najazdach tatarskich w XIII wieku. Najstarsze leprozorium powstało w Głogowie, potem pojawiły się w Poznaniu, Krakowie, Lwowie. W Krakowie istniały dwa leprozoria: św. Walentego na Pędzichowie i św. Leonarda na Kazimierzu. Pamiątką po trądzie w Krakowie jest latarnia zmarłych, stojąca dawniej przed leprozorium św. Walentego, obecnie zaś na cmentarzu przy kościele św. Mikołaja.

Jeszcze w XIX wieku trąd występował w Europie w bardzo izolowanych ogniskach. Dziś został zepchnięty w niektóre dalsze regiony świata.

Trąd w literaturze

Wiemy sporo o postępowaniu z trędowatym, o rozpoznawaniu choroby, izolowaniu chorego, o zakazach i nakazach, a tak mało o życiu wewnętrznym ludzi skazanych na wieczną samotność. Jakie trawiły ich myśli, jak wyglądał niepokój o egzystencję uzależnioną od dobrej woli przygodnych lub zawodowych dostawców pożywienia i odzienia; jak walka z chłodem w mroźne noce; jakie kłębiły się w ich głowach myśli? Przystosowanie do warunków bytowania, czy raczej bunt i chęć odejścia przed czasem wyznaczonym przez Stwórcę? Religijność szczera czy wymuszona? O tym wszystkim nigdy się nie dowiemy.

G. Herling-Grudziński w noweli *Wieża* podjął literacką próbę wejścia w stan umysłowy, w życie psychiczne człowieka odizolowanego od społeczeństwa na skutek trądu. Przeczytajmy dwa fragmenty:

> „Czym się zajmował w tak głębokiej samotności? Zadawszy to pytanie, podróżny dorzucił: Wyznaję, że wieczna samotność przeraża mnie; nie potrafię jej sobie wyobrazić.
> – Ten kto kocha swoją celę – odparł Trędowaty – znajdzie w niej spokój. Uczy tego naśladowanie Chrystusa. Zaczynam rozumieć prawdę tych słów niosących pociechę.
> Latem pracował w ogrodzie. Zimą wyrabiał koszyki i maty. Szył sobie sam ubrania i przyrządzał posiłki. Poświęcał modlitwie godziny wolne od pracy. Tak zbiegał rok, a gdy mijał, wydawał się prawie krótki.
> To prawda, że ból i niepokój zdają się wydłużać dnie i noce, ale lata płyną zawsze z tą samą szybkością. Istnieje poza tym w najniższym kręgu nieszczęścia przyjemność, której większość ludzi nie potrafi zrozumieć: przyjemność życia i oddychania. Latem spędzał niekiedy długie godziny bez ruchu, rozkoszując się powietrzem i urokami natury. Wszystkie jego myśli stawały się wówczas nieokreślone i jakby zamglone; smutek opadał stężały na dno jego serca, ale nie wywoływał w nim ucisku; wzrok błądzący po polach i skałach przywiązywał się coraz bardziej do

> martwych przedmiotów. Tak, kochał martwe przedmioty: oglądane codziennie, stawały się w końcu jedynymi towarzyszami jego życia. [...]
> Przeżywał więc – nieszczęsny! – wszystkie naraz cierpienia duszy i ciała? Nie te ostatnie były najokrutniejsze. Co miesiąc stawały się wprawdzie dotkliwsze, lecz potem stopniowo słabły. Gdy księżyc przebijał niebo cienkim sierpem, choroba odzywała się natychmiast ze wzmożoną siłą: w miarę jak zaokrąglał się w tarczę, łagodniała i zdawała się zmieniać swoją naturę: skóra na jego ciele wysychała i bielała, i nie czuł już prawie bólów. Nie same bóle zresztą były najgorsze, ale ich wierne echo – bezsenność.
> Ach, bezsenność, bezsenność! Nikt, kto tego sam nie doświadczył, nie potrafi sobie wyobrazić jak smutna i długa jest noc, którą spędza się bez zmrużenia oka i z myślą utkwioną w przyszłości wyzutej całkowicie z nadziei! Nie, nikt tego nie potrafi zrozumieć. Jego niepokój rósł wraz z nocą. Zbliżający się świt zastawał go w takim podnieceniu, że mąciły mu się myśli, nie wiedział już co się z nim dzieje i stawał się ofiarą niezwykłych halucynacji. To zdawało mu się, że jakaś nieodparta siła ciągnie go w przepaść bez dna, to znowu tuż przed jego oczami czarne plamy krzyżowały się z szybkością błyskawicy, rosły zbliżając się do niego i przeobrażone niebawem w góry, przygniatały go swoim ciężarem”[9].

Ale nie ta czysto literacka próba rekonstrukcji niedoli chorego na trąd zaważyła na ludzkim myśleniu o cierpieniu człowieka. Na długie wieki przed plagą trądu w Europie Biblia pokazała postać trędowatego w całym jego ludzkim nieszczęściu, opuszczeniu i osamotnieniu, ale nie bez Bożego przyzwolenia i Bożej troski. Jest nim Hiob.

W Księdze Hioba po raz pierwszy wysunięte zostały wątpliwości dotyczące pojęcia choroby jako kary za grzechy. A to głębokie przekonanie, nieobce ludziom czasów Starego Testamentu, jest znane i współczesnemu człowiekowi.

W Księdze Hioba (2, 7) czytamy:

Odszedł szatan sprzed oblicza Pańskiego i obsypał Hioba trądem złośliwym, od palca stopy aż do wierzchu głowy. Hiob wziął więc skorupę, by się nią drapać siedząc na gnoju.

Hiob cierpi. Dlaczego? Bo jest grzesznikiem! Jest to najprostsze wytłumaczenie, jakie znajdują jego przyjaciele. Hiob zaprzecza: jest niewinny. Dlaczego zatem cierpi? Jaki jest sens jego cierpienia? Tadeusz Żychiewicz, który Księgę Hioba przeanalizował, przetrawił i prostym językiem skomentował, stawia to samo pytanie na współczesny sposób:

„Czemu nędznemu daje się życie? Żywot tym, którzy śmierci czekają na próżno? Czemu choinkowe światła i szklane skarby dziecku, które za lat kilkanaście konać będzie w męce na raka? Po co miłość dziewczynie, jeśli już za parę lat zapiszą jej w kartotece: *sclerosis multiplex* – i odtrącona będzie na śmietnik, na lata powolnego konania? Przeklęta niech będzie noc, w której powiedziano: poczęty jest człowiek. Po co życie niedołężnym staruszkom, co umrzeć nie mogą, lecz w niepamięci gaz otwierają w kuchenkach i czuwać każą zbrzydzonym?
Hiob woła o sens nie zasłużonych cierpień”[10].

To samo pytanie o sens cierpienia zadaje sobie również lekarz, zwłaszcza gdy pochyla się nad chorym, któremu nie jest w stanie pomóc.

Choroba Hioba nie jest karą za grzechy, jest próbą wiary, jakiej poddaje go Bóg. Cierpienie jest tajemnicą.

Jan Paweł II, który w liście apostolskim *Salvifici doloris* (O chrześcijańskim sensie ludzkiego cierpienia; III, 11) przybliżył nam zrozumienie sensu cierpienia, nie mógł pominąć i nie pominął osoby Hioba, najbardziej znanego ze wszystkich trędowatych, którzy kiedykolwiek na świecie byli:

„Hiob zaprzecza słuszności zasady, która utożsamia cierpienie z karą za grzech, a czyni to w imię swego doświadczenia. [...] Jego cierpienie jest

> cierpieniem niewinnego; trzeba je przyjąć jako tajemnicę, której człowiek nie jest zdolny do końca przeniknąć swym rozumem.
> Księga Hioba nie narusza podstaw transcendentnego porządku moralnego, związanego ze sprawiedliwością – podstaw, które zawierają się w całym Objawieniu, w Starym i Nowym Przymierzu. Równocześnie jednak Księga ta z całą stanowczością ukazuje, że zasad tego porządku nie można stosować wyłącznie i powierzchownie. Jeśli prawdą jest, że cierpienie ma sens jako kara wówczas, kiedy jest związane z winą – to natomiast *nie jest prawdą*, że *każde cierpienie jest następstwem winy* i posiada charakter kary".

Cierpienie ma sens. Głęboki tajemniczy sens. A ulga, jaką przynosi lekarz, nadaje sens jego działaniu.

3. Syfilis

Czy syfilis, zwany również kiłą, przymiotem i jeszcze inaczej, był znany starożytnym? Tego na pewno nie wiemy, bo żaden opis choroby, którą można by z całą pewnością zidentyfikować z kiłą, nie pojawił się w pismach antycznych lekarzy. Co innego w renesansie. Tam opisywano występujące objawy, szydzono z syfilityków i tych koronowanych (np. z Franciszka I), i niekoronowanych, a lud układał złośliwe przeciw nim piosenki. Poeci i pisarze renesansu nie wykluczali z tej liczby i siebie, obserwując w pewnej fazie choroby wzrost zdolności intelektualnych. Stąd B. Springer mógł napisać książkę pod znamiennym tytułem *Die genialen Syphiliten* („Genialni syfilitycy"), w której zamieścił cały szereg wybitnych postaci: ludzi pióra

i pędzla, głowy koronowane i przywódców politycznych z Leninem włącznie[11].

Inne są doniesienia na temat rzeżączki. Tę jednostkę chorobową znano już w Egipcie i Izraelu. Mojżesz przestrzegał przed łączeniem się Żydów z obcymi kobietami ze względu na groźbę choroby, charakteryzującej się wyciekiem z cewki moczowej. W greckim przekładzie Starego Testamentu nazwano ją *gonorrhöe*. Opis jej występuje w pismach Hipokratesa, Celsusa i Galena. Znali ją wybitni lekarze średniowiecza. Czy jednak odróżniano syfilis od rzeżączki? Na pewno nie! Dopiero później, po nader aktywnym wybuchu epidemii kiły, pojawiło się u włoskich profesorów rozróżnienie: *gonorrhöea gallica* i *non gallica*.

Rzeżączce należało poświęcić nieco uwagi, bowiem jest najstarszą chorobą weneryczną, której dzieje wcale nie zostały jeszcze zakończone. Ale daleko większe zainteresowanie historyków budzi syfilis, którego gwałtowne pojawienie się w Europie pokrywa się chronologicznie z odkryciem Ameryki. Tak dzieje powszechne wiążą się z dziejami choroby.

Młody król Francji, 24-letni Karol VIII, podpuszczony przez doradców postanowił odebrać królestwo neapolitańskie, należące niegdyś do Francji, by potem oswobodzić od Turków Konstantynopol i zdobyć cesarstwo wschodnie. Perspektywa kusząca. Armia złożona z ponad trzydziestu tysięcy zaciężnych żołnierzy ruszyła przez Francję, Włochy do Neapolu. Łatwe zwycięstwo zakończyło się orgią trwającą 80 dni, po czym nastąpił odwrót, nie bez trudności, wobec powstałej koalicji. Zauważono wtedy, że wraz z przemieszczaniem się wojsk, występuje nieznana dotąd choroba o gwałtownym przebiegu. Rzecz się zaczęła

w Neapolu, dlatego początkowo nazwano ją *zarazą neapolitańską*. Z wojskami francuskimi rozprzestrzeniła się we Francji, stąd *choroba francuska*, z wojskami hiszpańskimi dotarła do Kastylii, więc *choroba kastylijska*. Z czasem pojawiła się w Polsce, wcześniej niż na Rusi, dlatego zwano ją tam *chorobą polską*. W samej Polsce najpierw była w Warszawie, skąd się rozprzestrzeniała pod nazwą *choroby warszawskiej*, a rozsadnikami jej były dwory (panicze wracali z zagranicy, ale i pielgrzymom się to przytrafiało), więc zwano ją *dworską*.

Dlaczego choroba weneryczna i dlaczego syfilis?

Ale oficjalne nazwy były inne. A było ich wiele: *scorra*, *scorra pestilens*, *mentagra* lub *mentagora*, także choroba Hioba, choroba św. Minusa lub św. Fiakriusa, świętych mnichów, którzy przed stuleciami poświęcili się opiece nad chorymi dotkniętymi chorobami zaraźliwymi. W Polsce nazwano ją „przymiotem" i ta nazwa długo się utrzymywała, wyparta przez „kiłę", która pierwotnie oznaczała przepuklinę. Ale najpopularniejszą nazwą była *morbus gallicus*, czyli choroba francuska, co – rzecz zrozumiała – Francuzom podobać się nie mogło, stąd próby wypierania tej nazwy. I tak Jacques de Bethencourt, nie bez racji, zwrócił uwagę, że zarażanie się tą chorobą wiąże się ze stosunkami miłosnymi, którym patronuje bogini Wenera, stąd choroby te, po raz pierwszy, nazwał wenerycznymi. Ale inna nazwa wzięła górę. Włoski poeta Girolamo Fracastoro (1478–1553), znany także jako współtowarzysz studiów Mikołaja Kopernika w Padwie, napisał poemat pt. *Syphilis, sive morbus gallicus* (Verona 1530). Opowiedział w nim dzieje pasterza Syfilisa, który obraził boga słońca, niszcząc

jego ołtarz. Ukarany został za to przez Apollona nową chorobą, która właśnie od jego imienia wzięła swą nową nazwę[12]. Poemat zawiera całą ówczesną wiedzę na temat tej choroby:

„Rzecz dziwna: ta choroba wprowadzona do ciała,
Czasem powoli zdradza się na zewnątrz,
A często nie daje żadnego jawnego znaku.
Księżyc czterokrotnie kształtuje swoją niebiańską pełnię:
Kryje się, waha, dojrzewa skrycie
I wydaje się karmić naszą piersią.
Tymczasem chory trapiony jej ciosami
czuje swe słabnące siły:
Przygniata go ołów odrętwienia.
Snuje się z przykrością wokół codziennych zajęć.
Wstrętne objawy nie czekają z pojawieniem się,
Oko traci swój blask, czoło blednie.
Ohydna zgnilizna czyniąc swe postępy
Atakuje cichaczem sekretne narządy.
Toczy sąsiednie miejsca i rozprzestrzenia się aż do pachwin.
Choroba nie ulega już wątpliwości, jej oznaki są pewne”.

Tłum. Z. Podgórska-Klawe

Wraz z rozprzestrzenianiem się choroby postępowało zainteresowanie lekarzy nową jednostką, czego wyrazem były licznie drukowane rozprawy, ale jednocześnie przerażenie ogarniało cały ówczesny świat. Opis tej sytuacji dał Erazm z Rotterdamu, zatem nie lekarz, rysując w liście do kanclerza wielkiego koronnego Krzysztofa Szydłowieckiego z 1525 roku całą jej grozę:

„Jeśliby ktoś zadał pytanie, której wśród dolegliwości cielesnych winniśmy przyznać pierwszeństwo, to moim zdaniem należy bezspornie pierwsze miejsce przyznać tej chorobie o niepewnym pochodzeniu

> i jeszcze bezimiennej, która od tylu już lat zupełnie bezkarnie szerzy się po świecie. Większość ludzi zowie ją chorobą francuską, niektórzy hiszpańską. Jaka zaraza z podobną szybkością rozprzestrzeniała się kiedykolwiek po wszystkich krajach Europy, Afryki i Azji? Jaka wżera się głębiej w żyły i wnętrzności? Jaka choroba mniej jest ustępliwa, jaka bardziej oporna wobec sztuki lekarskiej i zabiegów medyków? Jaka bardziej zaraźliwa? Jaka sprowadza boleśniejsze cierpienia?".

W opisach klinicznych nowej jednostki chorobowej przedstawianych przez lekarzy nie brakowało też uwag natury moralnej. Nie zaskakuje więc ona w liście wielkiego humanisty:

> „Ta zaś jedna nowa choroba łączy w sobie wszystkie złe strony poszczególnych chorób: brzydotę, cierpienia, zaraźliwość, niebezpieczeństwo utraty życia, bardzo trudną i budzącą wstręt kurację. Kiedy zaś pozornie zostanie już opanowana, wraca nagle zupełnie niespodziewanie, tak jak podagra.
> Gdyby z kolei zadać pytanie, jaka spośród chorób duszy zajmuje pierwsze miejsce ze względu na swą szkodliwość, tę wielką, choć otoczoną blaskiem niesławy chwałę przyznałbym bez żadnego wahania niepowściągliwości języka"[13].

Choroba inna niż inne

Cechowała się trzema fazami: I – występowanie twardych zgrubień na narządach płciowych mężczyzn i kobiet, ulegających z czasem owrzodzeniom; II – charakteryzującą się obfitą wysypką na całym ciele, której nie dało się już ukryć. Stąd takich chorych widzimy na ówczesnych sztychach i miniaturach (*syphilis pustulosa*). Wysypka przekształcała się w guzy z cuchnącą ropą, wreszcie w owrzodzenia. Kobietom pojawiały się na narządach płciowych kłykciny sączące (*condylomata humida*). Towarzyszyły temu objawy ogólne: bóle głowy, kości i stawów, ogólne

przygnębienie i charakterystyczna bezsenność. W III fazie, występującej z pewnym opóźnieniem, pojawiały się twarde guzy umiejscowione w różnych częściach ciała. Najbardziej charakterystyczne były te na podniebieniu i w przegrodzie nosa, bowiem z czasem rozpadały się i pojawiała się mowa nosowa, a sam nos zapadał się. Lepka ciecz, która się pojawiała, dała im nazwę: *gummata*.

W bardzo popularnym w XVIII wieku poradniku *Compendium medicum auctum, to jest krótkie zebranie i opisanie chorób...* (w sumie dziesięć wydań) znajdujemy opis kiły z akcentem moralnym. Podajemy go ze współczesnym komentarzem dra med. Eugeniusza Czubaka[14]:

> Wenus zdradliwa rozkosz cukruje,
> Wkrótce nad kata ciało morduje.
> Uprzykrzonymi, zbyt bolesnymi
> Wrzody, guzami zaraźliwemi... zmiana pierwotna,
> zapalenie węzłów chłonnych
> Usta wyrzuca i podniebienie, zmiany kiły nawrotowej, angina
> Mowę odmienia jej zarażenie... kilakowate przebicia podniebienia twardego
> Rękom i nogom władzę odjęła, kiła układu nerwowego, wiąd rdzenia
> Wszystkiego człeka w niewolę wzięła. objawy ogólne
> Zmieszała głowę, porażenie postępujące,
> zaburzenia psychiczne
> Snu nie pozwala, bóle nocne okostnowe głowy
> Sumienie gryzie dla swej woli. lęk, wenerofobia
> O jak mizerna uciecha ciała
> Niejednemu się we znaki dała.

Taki obraz przebiegu kiły można spotkać i we współczesnych podręcznikach syfidologii. Zwrócić jednak trzeba uwagę, że

wówczas występowanie poszczególnych faz po sobie następowało w znacznie krótszym czasie, niż to obserwować mogli lekarze naszego pokolenia.

Choroba szerzyła się w zatrważającym tempie i – jak się szacuje – objęła 5% ludności wszystkich stanów. Rychło zdano sobie sprawę, że przyczyną jest rozwiązłość, bo – co prawda – można było zarazić się kiłą przez skaleczenie (*syphilis insontium*), ale rzucało się w oczy, że jej przenosicielami są prostytutki, z których usług korzystają żołnierze (za wojskami do Neapolu ciągnęło 800 nierządnic), a ogniskami domy publiczne i łaźnie.

Próby ograniczenia

Znając mechanizm rozprzestrzeniania się choroby, można było dążyć do jej ograniczenia przede wszystkim przez walkę z rozwiązłością i nierządem. Na tym tle łatwiej zrozumieć wystąpienie Lutra i jego argumentację w sprawach płci. Jego zdaniem, Bóg wymaga całkowitej abstynencji płciowej tylko od nielicznych, wybranych, nie od wszystkich, i nie wyłącza z tej liczby duchownych. Stąd brała się argumentacja za zniesieniem celibatu, czego Luter sam dał przykład na sobie. Na tle epoki widzieć też należy orędowanie Lutra za wczesnymi małżeństwami, które przez zaspokojenie pożądliwości chronić będą młodych, zwłaszcza mężczyzn przed odwiedzinami w zamtuzach. A były to rzeczy zwyczajne, przynależne płci męskiej.

Sposób współżycia małżonków pozostawiał Luter im samym. W ten sposób przywracał VI przykazaniu jego pierwotny sens: nie cudzołóż! To najbardziej „rozpracowane” przez moralistów

przykazanie czasem zdaje się w ich wykładzie odbiegać daleko od swej istoty. A jest to zakaz moralny o skutkach zdrowotnych. Wchodząc w wysublimowane problemy pożycia małżeńskiego, można zgubić jego pierwotne znaczenie.

Łaźnie

Potrzebom higienicznym we wsiach i miastach służyły łaźnie parowe. Rozgrzane kamienie wrzucane do naczyń z wodą wywoływały parę, w zamkniętych przestrzeniach dochodziło do przegrzania, ciało spływało potem, czemu sprzyjało chłostanie brzozowymi witkami. Wraz z potem spływał brud i infekcje grzybicze.

W miastach istniał zawód łaziebników zebranych w cechy. W łaźniach, które prowadzili, oprócz nich zatrudniani bywali cyrulicy wykonujący drobne zabiegi (zwłaszcza puszczanie krwi), balwierze trudniący się goleniem oraz ladacznice. Takie życie towarzyskie sprzyjające zabiegom natury higienicznej uzupełniano rozkoszami ciała. Uroczystości dworskie związane np. z przyjazdem obcych królów, czy innych dostojników, do programów gościnności włączały również wizytę w łaźni ze wszystkimi dostępnymi tam zabiegami.

Jednakowoż, w miarę rozpowszechniania się kiły, ostro wystąpiono przeciw prostytucji, ale równocześnie przeciw łaźniom pełniącym rolę domów publicznych. Wystąpił przeciw nim również *ex officio* Kościół katolicki. Stąd łaźnie zaczynały powoli zanikać, co wobec grożącego niebezpieczeństwa było zrozumiałe, acz działo się to kosztem higieny. We wschodnich

częściach Rzeczpospolitej, które nie podlegały ze względu na prawosławie jurysdykcji Kościoła rzymskiego, łaźnie parowe utrzymały się dłużej. Do nich odnosi się spotykane w Polsce powiedzenie: gorąco jak w ruskiej bani (czyli jak w łaźni).

Dzięki tym i innym działaniom już w XVI wieku nasilenie kiły osłabło, zmiany straciły na złośliwości, zmniejszył się zakres jej rozprzestrzeniania. Podejmowane były także próby leczenia.

Leczenie

Zdać sobie należy sprawę, że w tamtych czasach nie istniała metoda, która prowadziła do wyleczenia z kiły. Istniały jedynie sposoby łagodzenia jej przebiegu, co – przy zaniku objawów – traktowane było jako wyleczenie. Wraz z odkryciem Ameryki pojawiło się w Europie drzewo gwajakowe (*Lignum sanctum*), stosowane przez tamtejszych mieszkańców. Przynosiło ogromne dochody, acz mierne musiało dawać wyniki, skoro Paracelsus był przeciwny jego stosowaniu. On sam wprowadził do leczenia rtęć, która podawana w różnej postaci, czy to jako maść do wcierania („szara maść"), czy doustnie, czasem po głodówce i w parówce, przetrwała jako swoisty lek do końca XIX wieku. Rtęć miała działanie uboczne w postaci zmian w narządach miąższowych, czego nie dawał gwajakol i dlatego był chętniej stosowany.

Stosunkowo późno ukazała się pierwsza francuska rozprawa napisana przez Thierry'ego de Hery, który na leczeniu syfilityków gwajakolem dorobił się znacznego majątku. Z tego powodu przypisywano mu następującą anegdotę: Pewnego dnia miał zjawić się w St. Denis na grobie króla Karola VIII i powiedzieć:

„O panie, nie przyszedłem, aby cię o cokolwiek prosić, ale ponieważ przywlekłeś do Francji chorobę, na której zbiłem niezły majątek, przyszedłem, aby za ten twój wspaniały uczynek pomodlić się o zbawienie twej duszy".

Pochodzenie kiły

Problemem, który pasjonuje historyków medycyny, zwłaszcza syfidologów (żadna choroba nie doczekała się tak obfitej literatury), jest pochodzenie kiły. Sprawa z pozoru jest prosta. Jeden z hiszpańskich lekarzy Diaz de Isla podał, że przywlekli ją marynarze Kolumba i zlokalizował miejsce jej rozpowszechniania – Barcelonę. Francuz J. Astruc ogłosił w 1736 roku w Paryżu rozprawę: *De morbis veneris libri sex*, utwierdzając wszystkich w tym przekonaniu. Zmiany w spojrzeniu na pochodzenie kiły miały nastąpić po kilku stuleciach.

W 1912 roku wybitny historyk medycyny Karl Sudhoff wystąpił z twierdzeniem, że syfilis był od dawna w Europie. Oparł się na starych włoskich receptach przeciw chorobie znanej jako *mal francoso*. Zatem choroba była stara, a pod koniec XV wieku nastąpiło jedynie jej nasilenie. Wybitny patolog Ludwik Aschoff był innego zdania i szukał bezskutecznie potwierdzenia na materiale kostnym. Natomiast badacze amerykańscy na materiale kostnym z czasów przedkolumbijskich stwierdzili zmiany typowe dla kiły. Sprawa nie skończyła się na tym, bowiem w 1927 roku odkryto w Europie neolityczne szczątki, które po wnikliwym badaniu wykazały cechy choroby syfilitycznej. Czy nie podrzucono ich później? Faktem jest, że kiła była w Ameryce przed Kolumbem. Ale

czy znaczy to, że nie było jej w Europie? K. Walter dopatrzył się zmian syfilitycznych w postaciach z ołtarza Wita Stwosza, który powstał przed rokiem 1492. Starzy lekarze sanitarni (J. Starzyk), którzy przed stu laty zapuszczali się w odizolowane wsie Huculszczyzny, twierdzili, że kiła istniała tam od czasów rzymskich, lecz jej przebieg był tak złagodzony i spowolniony, że przy znacznie krótszym niż dziś okresie życia osobniczego większość chorych umierała z innych przyczyn.

Czy nie było podobnie wówczas w Ameryce? Czy zarazek przebiegającej łagodnie u jej mieszkańców choroby nie zyskał w przypadku marynarzy Kolumba na wirulencji? I czy nie stąd wziął się pochód dramatycznie biegnącej przez Europę choroby?

Syfilis w literaturze pięknej

Choroba syfilityczna i problemy z nią związane weszły nie tylko do piśmiennictwa medycznego, ale znalazły swe odzwierciedlenie również w literaturze pięknej. Zrazu były to poematy satyryczne, później moralizatorskie, niezbyt cieszące się powodzeniem, ale z czasem chorobę dostrzegły pióra najwyższej rangi. U Szekspira jest wielekroć o niej mowa. Grabarz odpowiada na pytanie Hamleta: Jak długo może trup leżeć w ziemi niczym zgnije?

> „Ha, jeśli nie jest zepsuty, zanim umrze – jak to przynoszą teraz wiele zarażonych zwłok, które zaledwie mogą przetrzymać pogrzeb – to wytrzyma jakieś ośm lat, albo dziewięć; grabarz wytrzyma dziesięć".
>
> *Hamlet* V, 1, przekł. A. Tretiak

Pistol w *Życiu Henryka V* mówi:

> „Co? Czy fortuna chce żartować ze mnie?
> Odbieram listy, że moja Elżbietka

Zmarła w szpitalu z francuskiej choroby”.

Życie Henryka V, V, 2, przekł. L. Ulrich

Falstaf w *Królu Henryku IV* skarży się na bóle podagryczne:

„Nie łatwiej rozdzielić starość ze skąpstwem jak młodość z rozpustą; ale podagra męczy jedną, a franca szczypie drugą. [...] Franca na tę podagrę lub podagra na francę! Bo jedna lub druga pastwi się nad moim wielkim palcem”.

Król Henryk IV, cz. 2, I, 2, przekł. L. Ulrich

Tyrada, jaką wygłasza do dziwek tytułowy bohater dramatu *Tymon Ateńczyk*, robi wstrząsające wrażenie, bowiem w sposób drastyczny ujawnia nierząd jako źródło zakażenia kiłą; stąd tyle w niej odniesień do symptomów tej choroby: wypadania włosów („Z hultajów czaszek odrzyjcie kędziory”), zapadania nosa („A nos wyjedzcie do samej zasady”), utraty głosu („Głos złamcie dźwięczny rzecznika”), skutków leczenia rtęcią („wysuszajcie kości”), potrzeby pokrywania głowy peruką („włosy umarłych, choćby i wisielców”).

A zwrot: „wasz trud pół roku niech będzie daremny” wskazuje na okres pomiędzy zakażeniem a wystąpieniem pierwszych objawów.

[Złota mam] „więcej niźli trzeba,
by nierządnice wszystkie się wyrzekły,
Swego rzemiosła, rajfurki przysięgły,
Że fabrykować nie będą wszetecznic.
A teraz, flądry, nadstawcie zapaski,
Nie myślę od was wymagać przysięgi,
Choć do przysięgi, wiem, żeście gotowe,
Przysięgi strasznej, na którą w niebiosach
Na tronach swoich bogi zdolne zadrżeć;
Lecz przysiąg sobie oszczędźcie na teraz,
Popędom waszym ufam dostatecznie:

Zostańcie wierne waszemu rzemiosłu,
Jeśli pobożny zechce was nawracać,
Waszą go sztuką przywabcie i spalcie,
Niechaj wasz ogień dym jego przemoże;
Lecz zawsze bądźcie samym sobie wierne.
(Wasz trud pół roku niech będzie daremny)
dajcie na strzechę nagim waszym czaszkom
włosy umarłych, choćby i wisielców,
to mniejsza: niechaj pomogą wam zdradzać,
frymarczyć ciałem; nie szczędźcie bielidła,
Żeby w tym błocie koń mógł nawet ugrząźć.
Do diabla zmarszczki! [...]
Wysuszajcie kości,
Chudźcie golenie, trwońcie mężów siły,
Głos złamcie dźwięczny rzecznika, by przestał
Fałszywych aktów bronić przed kratkami,
A swych wykrętów rozwijać dyszkantem;
Toczcie kapłana, który piorunuje
Na grzeszne cielsko, sam nie wierząc sobie;
A nos wyjedzcie do samej nasady
Tego statysty, co dla swej prywaty
Odbieżał tropu publicznego dobra:
Z hultajów czaszek odrzyjcie kędziory;
Junak, którego oszczędziła wojna,
U was przynajmniej niech cierpieć się uczy!
Zaraźcie wszystkich!”[15]

Tymon Ateńczyk IV, 3, przekł. L. Ulrich

Widmem okresu romantyzmu są dwie choroby: gruźlica i kiła. Stąd śladów ich można znaleźć w literaturze dostatecznie dużo. W *Elegiach rzymskich* J.W. Goethego dopatrzono się aluzji do kiły:

„Moja najmilsza, nie żałuj, żeś mi tak prędko uległa!
Wierzaj, nie kala cię myśl we mnie zuchwała ni zła.

Różnie działają pociski Amora: z nich jedne li drasną
I zdradziecki ich jad w lata chorobą jest serc”[16].

Elegie rzymskie III, tłum. L. Staff

Kiła dotknęła wielu wybitnych twórców tej epoki: odszedł na nią młodo po długich latach choroby Heinrich Heine, z jej powodu umarli Robert Schuman, Hugo Wolf i węgierski liryk A. Ady; z filozofów chorowali A. Schopenhauer i F. Nietzsche; z malarzy: E. Manet i P. Gauguin; ten ostatni wyjechał na Tahiti celem leczenia, a wrócił w zakażoną kochanką; złośliwy szczep był przyczyną choroby i śmierci S. Wyspiańskiego.

Rzecz osobliwa, choroby weneryczne nie pojawiają się w twórczości H. Balzaka. G. de Maupassant natomiast napisał nowelę o chorym syfilitycznie; chorobie pisarza A. Forell poświęcił całą rozprawę. Gustaw Flaubert i Karen Brixen, autorka głośnej powieści *Pożegnanie z Afryką*, pisali o kile z własnego doświadczenia. Pojawiły się dramaty i powieści: H. Ibsen, *Die Gespenster*; R. Dehmel, *Die Verwaltungenden Venus*; H. von Hoffensthal, *Lore Graff*; Cl. Viebigs, *Passion*; H. Jaeger, *Kranke Liebe*; M. Corday „fizjologiczno-syfilityczna” powieść *Venus*, w których głównym i tragicznym motywem jest nieszczęście wywołane zakażeniem kiłowym.

Eugen Brieux napisał w 1901 roku sztukę teatralną *Les Avaries* (Poszkodowani), która miała być przesłaniem do ludzi dotkniętych kiłą, by świadomi byli nieszczęścia, jakiego mogą być przyczyną.

Włodzimierz Majakowski ubogą ludność murzyńską wykorzystywaną przez bogatych Amerykanów przedstawił we wstrząsającym wierszu pt. „Syfilis”[17]. Oto fragment:

[...]

Wpychał
dolary
w rękę, w twarz,
w głodowania miesiące.
Starły się –
serca wiernego dno
i brzuch
wołający:
„Jeść!”
Twardo zdecydowała:
„No!”
i głucho odparła:
„Yes!”
I już
do drzwi
ramieniem atak
przypuścił nadgniły mister.
Jego
i ją
do separatek
wzniósł
rozpęd windy służbistej.
Po dwóch dniach
do domu
Tom poszedł.
Przespał
tydzień
jak obszył.
Rad był,

że chleb jest
i że są grosze,
i że nie będzie ospy.
Lecz nadszedł dzień,
że skóry ich ciemne
wzór niepojęty oblepił.
I dzieci
w żywocie matki brzemiennej
rosły
nieme i ślepe.
Dzień za dniem
wyłamywał stawy,
biegł rok
po roku
okrągły
i ktoś
kadłubów
połowę zostawił
i ręce
po prośbie wyciągnął.

O Nietzschem i jego chorobie w ostatnim okresie życia Herling- -Grudziński napisał opowiadanie *Gasnący Antychryst*. W zakończeniu czytamy:

„W marcu umieszczono go w zakładzie dla chorych umysłowo w Jenie. Jego wypełniana codziennie karta kliniczna za okrągły rok, do marca 1890 roku, jest przejmująca w swej monotonii: zjadł własne ekskrementy, wypił własną urynę, wysmarował się własnymi ekskrementami, wybił szybę w oknie...

Z Jeny przewieziono go do rodzinnego Naumburga, gdzie siedem lat wegetował pod okiem matki. Po jej śmierci zabrała go do Weimaru

siostra, Elisabeth Förster. Umarł tam w sierpniu 1900 roku, nigdy nie odzyskawszy przytomności, »w stanie kompletnego rozkładu fizycznego i umysłowego«”[18].

Czy Thomas Mann, pisząc w latach II wojny światowej *Doktora Faustusa*, był ostatnim, który sięgnął po motyw tej choroby[19]?

O wpływie kiły na historię

Choroby panujących i ich wpływ na historię, aczkolwiek za mało doceniany przez historyków, jest przecież znany. Tu nieco uwag o roli kiły[20].

O Karolu VIII już była mowa, ale dodać trzeba, że zmarł bezpotomnie, co spowodowało kłopoty dynastyczne. Filip II był głową kontrreformacji. Nie wiadomo, jakby wyglądały dalsze losy reformowanych Kościołów, gdyby nie jego przedwczesna śmierć. I odwrotnie, gdyby Henryk VIII, król Anglii, był człowiekiem zdrowym i nie miał kłopotów z prokreacją, czy doszłoby do powstania Kościoła anglikańskiego?

Ludwik XIV, którego chwałą okryły zwycięskie bitwy, a potem przepych dworski utrwalił pamięć „króla-słońce”, w późniejszych latach był schorzałym przedwcześnie starcem, wskutek zakażenia kiłowego i postępującego paraliżu. Do szeregu chorych panujących dodać można jeszcze Augusta II Mocnego.

O chorobie Napoleona można się domyślić ze sposobu leczenia go podczas pobytu na Wyspie św. Heleny rtęcią.

Fryderyk Wilhelm IV Pruski (zm. 1861), zwany „romantykiem na tronie”, narobił tyle głupstw, że „za jego syfilis ojczyzna musiała drogo zapłacić”, a z powodu choroby umysłowej brat musiał

przejąć sprawowanie władzy. W armii austriackiej tysiące żołnierzy walczących pod dowództwem gen. Potiorka, paralityka, ginęło niepotrzebnie.

A bliżej naszych czasów: W. Wilson i W. Lenin ulegli paraliżowi w tym samym tygodniu. Jaki miała wpływ na losy świata ta długotrwała choroba, zwłaszcza u „wodza rewolucji", nieograniczonego w sposobie działania?

W XX wieku dżuma przestała zagrażać, trąd został zlokalizowany, a nawet stał się uleczalny, syfilis po wprowadzeniu sulfonamidów, a zwłaszcza antybiotyków opanowany. Ale pojawił się AIDS, a z nim przypomniano, zwłaszcza w aspekcie psychologicznym, że stanowi on kombinację najgorszych elementów tych trzech historycznych chorób:

dżumy – ze względu na trudności klasyfikacyjne;
kiły – ze względu na zakażenie przez seks oraz
trądu – z powodu jego nieuleczalności.

Dżuma według przybliżonych obliczeń była do 1347 roku przyczyną śmierci ¼ ludności. Do 2001 roku zanotowano 1 milion przypadków zakażeń wirusem HIV. Wnioski nasuwają się same...

Istnieje, a przynajmniej istniał, polityczny aspekt nowej choroby, która pojawiła się najpierw w Ameryce. Agencja TASS nazwała ją chorobą kapitalistyczno-imperialistyczną. Szukanie śladów powstania nowej choroby wśród ludności afrykańskiej zostało przez nich nazwane obcą interwencją i polityczną manipulacją.

Te fakty można odnotować jako ciekawostkę. Pozostaje natomiast znacznie poważniejszy aspekt medyczny. Nieuleczalność choroby powinna skłaniać do położenia akcentu na zapobieganie. Starożytni znali jedyny sposób chronienia się przed chorobami zakaźnymi – izolację, a przed chorobami wenerycznymi – wstrzemięźliwość płciową.

Gdy wybuchły pierwsze ogniska AIDS, rzucono myśl o izolacji chorych. Spotkało się to z protestem w imię humanitaryzmu. Dziś choroba obejmuje miliony, a chorzy, często świadomie, zakażają zdrowych. Czy nie należy przedyskutować pojęcia humanitaryzmu?

W 1992 roku w telewizji niemieckiej odbyła się godzinna audycja, w czasie której eksperci od AIDS mówili, każdy ze swego punktu widzenia, o nowym zagrożeniu. W tle, przez całą godzinę dziewczyna zapalała świece, w sumie 200 świec, symbolizujących dwieście zakażeń wirusem HIV, które w każdej godzinie następują w świecie. Tymczasem, wobec tak gwałtownie rozprzestrzeniającego się zagrożenia, żaden z autorytetów światowych nie wrócił do starej zasady wyrażonej VI przykazaniem Dekalogu, koncentrując się na... prezerwatywie. Odpowiednikiem liberalizmu w ekonomii stał się w moralności permisywizm, z czym świat – jak się wydaje – już się pogodził. Co więcej, niepokojące są wystąpienia pewnych „uczonych w Piśmie", których zdaniem wszystkie chrześcijańskie normy moralne zostały wzięte z innych kultur, a zwłaszcza z filozofii antycznej, wobec czego nas nie obowiązują.

> „Jeżeli przyjmie się taki fałszywy punkt widzenia, dojdzie się w ten sposób nieodwołalnie do wniosku, że moralność jest kwestią zależną

> wyłącznie od rozumu, i że tego typu autonomia rozumu jest również rozstrzygająca dla wierzących, a nie magisterium i nie Bóg, objawiający się w nakazach i w Dekalogu. Skutek jest taki, że mamy dzisiaj moralistów „katolickich" utrzymujących, że Dekalog – na którym Kościół zbudował swoją obiektywną moralność – jest właściwie tylko „wytworem" kulturowym semickiego Bliskiego Wschodu, czyli jest regułą względną, uwarunkowaną antropologicznie i historycznie, więc nas nie dotyczącą"[21].

Coraz mniej ludzi słucha nauki Kościoła, lekarzy nie słuchano nigdy. To jednak tylko tłumaczy, ale nie usprawiedliwia milczenia.

Milczenie w tej sprawie przerwali – najmniej oczekiwanie – politycy, a nie bez znaczenia jest, że były to kobiety stwierdzające, iż trzeba wstrzymać falę seksualizmu. Pierwsza dała temu wyraz Sekretarz stanu USA Condoleezza Rice, usuwając z budynków rządowych wszystkie pisma pornograficzne: „Uznała za nie do przyjęcia, by w jej resorcie, który prowadzi na całym świecie walkę o prawa kobiet, sprzedawano pisma pornograficzne, uwłaczające godności kobiet". Zatem początek już został zrobiony.

Dlaczego wielu nie dostrzega zagrożenia, jakie niesie z sobą pornografia? Dlaczego feministki nie dążą do zakazu pornografii? Czy walka z tym przemysłem jest z góry skazana na niepowodzenie? Czy brak nam odwagi?

W 2006 roku wstrząsnęło opinię publiczną Afryki wystąpienie Lucy Kibaki, stojącej na czele międzynarodowej organizacji do zwalczania HIV/AIDS: „Seks nie jest dla uczennic i uczniów. Seks nie jest dla studentek i studentów, którzy nie są w związku małżeńskim. Wstrzemięźliwość stanowi jedyną pewną ochronę przed HIV/AIDS".

N. Kößmeier, który przekazywał tę informację, nie ukrywał zaskoczenia własnego i odpowiednich kręgów politycznych państw afrykańskich: „Tymi dosadnymi słowami, niezwykłymi dla niemieckiego ucha, dyktowała First Lady Kenii Lucy Kibaki dziennikarzom do mikrofonu jednoznaczne posłanie: w walce przeciw AIDS pomocną może być wstrzemięźliwość przedmałżeńska, wierność małżeńska i zakaz prezerwatyw”[22]. Kibaki wywołała tym wystąpieniem wściekłość wielu działaczy we wschodniej Afryce, a krytykę w swoim kraju. Naraziła się własnemu mężowi, stojącemu na czele rządu, który wspiera stosowanie prezerwatyw. Ale słowo się rzekło!

Thierry de Hery na grobie Karola VIII podziękował mu za przywleczenie choroby, dzięki której dorobił się majątku. Producenci prezerwatyw zdają się być wdzięczni z tych samych powodów wszystkim, którzy wstrzymują badania nad rozwiązaniem problemu AIDS i są przeciwni powstrzymywaniu jego pochodu przez jedynie skuteczną osłonę, znaną już Mojżeszowi...

Przypisy

[1] J. de Voragine, *Złota legenda*, przekł. J. Pleziowa, Pax, Warszawa 1955, s. 147.

[2] D. Defoe, *Dziennik roku zarazy*, przekł. J. Dmochowska, PIW, Warszawa 1959.

[3] *Dziennik Samuela Pepysa*, przekł. M. Dąbrowska, PIW, Warszawa 1954, s. 519, 563.

[4] Tamże, s. 563.

[5] A. Camus, *Dżuma*, przekł. J. Guze, PIW, Warszawa 1970, s. 122.

[6] Z. Szawarski, *Rozmowy o etyce*, WSiP, Warszawa 1987, s. 132.

[7] G. Herling-Grudziński, W. Bolecki, *Rozmowy w Dragonei*, Szpak, Warszawa 1997, s. 61–62.

[8] M. Biehler, *Trąd i jego szerzenie się w Polsce*, AHiFM 1948, t. XIX, s. 131.

[9] G. Herling-Grudziński, *Dwa opowiadania*, Lublin 1991, s. 8, 10.

[10] T. Żychiewicz, *Stare przymierze*, Znak, Kraków 1986, s. 381.

[11] B. Springer, *Die genialen Syphiliten*, Berlin 1926.

[12] Znakomitym wprowadzeniem w historię syfilisu jest książka *Niemoc z Neapolu, czyli historia syfilisu*, której autorem jest Cl. Quétel, tłum. Z. Podgórska-Klawe, Ossolineum, Wrocław, Warszaw, Kraków 1991.

[13] *Korespondencja Erazma z Rotterdamu z Polakami*, tłum. M. Cytowska, PIW, Warszawa 1965, s. 27.

[14] E. Czubak, *Chorzy „Pana Boga" i „zapowietrzeni"*, „Kraków" 2007, nr 1 (27), s. 81.

[15] Cytaty z dzieł Szekspira za: W. Szekspir, *Dzieła dramatyczne*, t. III, *Kroniki*, PIW, Warszawa 1981, s. 633, 388; *Dzieła dramatyczne*, t. IV, *Tragedie*, PIW, Warszawa 1980, s. 693.

[16] J.W. Goethe, *Elegie rzymskie*, „Biblioteka Polska", Warszawa 1924, s. 8.

[17] W. Majakowski, *Poezje*, Czytelnik, Warszawa 1957, s. 416.

[18] G. Herling-Grudziński, *Opowiadania zebrane*, „W drodze", Poznań 1990, s. 162.

[19] T. Mann, *Doktor Faustus. Żywot niemieckiego kompozytora Adriana Leverkuhna, opowiedziany przez jego przyjaciela*, przekł. M. Kurecka i W. Wirpsza, Czytelnik, Warszawa 1962.

[20] Por. P.I. Kramkowski, *O wpływie luesu na historię*, „Kronika Farmaceutyczna" 38:1939, nr 12, s. 174. Jest to streszczenie książki N. Sjuderita na tenże temat.

[21] *Raport o stanie wiary*. Rozmowa Vittorio Messoriego z kard. Josephem Ratzingerem, Michalineum, Marki 2005, s. 78.

[22] N. Kößmeier, *„Christus allein heilt" Die Kirchen Ostafrikas antworten auf HIV/AIDS*, Herder Korespondenz 2006, 7, s. 360.

Legenda na dzień św. Sebastiana

(20 stycznia)

[...] Później prefekt oskarżył św. Sebastiana przed cesarzem Dioklecjanem, który wezwał go do siebie i rzekł: Ja uczyniłem cię jednym z pierwszych w moim pałacu, a ty skrycie działałeś przeciw mnie, a nawet przeciw bogom? Na to Sebastian odparł: Zawsze prosiłem Chrystusa o szczęście dla ciebie i wielbiąc Boga, który jest w niebie, błagałem o pomyślność państwa rzymskiego. Wtedy Dioklecjan kazał żołnierzom przywiązać go na środku pola i zabić strzałami z łuków. Tyle strzał tedy utkwiło w nim, że podobny był do jeża, a żołnierze przypuszczając, że już nie żyje, odeszli. Po kilku dniach jednak św. Sebastian znów wolny stanął na stopniach pałacu, a gdy cesarze przechodzili, surowo ganił ich za wszystkie krzywdy, które wyrządzali chrześcijanom. Wtedy oni zapytali: Czy ty rzeczywiście jesteś tym Sebastianem, którego już dawno kazaliśmy zabić strzałami? A on odrzekł: Pan raczył przywrócić mi życie, abym przyszedł do was i wytknął wam, jak źle postępujecie wobec sług Chrystusowych. Wówczas cesarz rozkazał chłostać go tak długo, dopóki nie wyzionie ducha, a następnie wrzucić ciało jego do kloaki, aby chrześcijanie nie mogli oddać mu czci jako męczennikowi. Następnej nocy jednak św. Sebastian ukazał się św. Lucynie i wyjawił jej, gdzie znajdują się jego zwłoki, oraz zażądał, aby je pochowano obok szczątków apostołów. Tak też się stało. Św. Sebastian umęczony został za

panowania cesarzy Dioklecjana i Maksymiana, którzy objęli władzę około roku Pańskiego 287.

Czytamy w *Historii longobardzkiej*, że za czasów króla Gumberta cała Italia tak bardzo cierpiała od zarazy, że ledwie jeden drugiego zdołał grzebać, a zaraza ta najbardziej grasowała w Rzymie i w Pawii. Wówczas wielu ludzi własnymi oczyma widziało dobrego anioła, za którym szedł anioł zły, niosący oszczep, a anioł dobry wskazywał mu, gdzie ma uderzać i zabijać. Ilekroć zaś uderzał w jakiś dom, tylekroć wynoszono stamtąd zmarłych. Wówczas to pewnemu człowiekowi zostało z nieba objawione, iż zaraza ta nie ustanie, dopóki nie zbuduje się w Pawii ołtarza ku czci św. Sebastiana. Ołtarz ten istotnie wzniesiono w kościele św. Piotra w Okowach, a gdy się to stało, od razu ustąpiła owa plaga. Tamże przeniesiono z Rzymu relikwie św. Sebastiana. Ambroży w prefacji tak powiada: *Krew św. męczennika Sebastiana, Boże uwielbiony, przelana za wyznawanie imienia Twego, zarówno cuda Twoje nam objawia, ponieważ w moc przetwarza słabość, jak pragnieniom naszym pozwala osiągnąć skutek i słaby u Ciebie uzyskuje pomoc*.

Jakub de Voragine, *Złota legenda*, tłum. J. Pleziowa, Pax, Warszawa 1955, s. 83

Źródło i pochodzenie choroby łączyły się z różnorakimi jej interpretacjami. Najprostsza, jak zwykle, i najgorliwiej głoszona przez duchowieństwo wszystkich stopni, od prostych księży do biskupów i arcybiskupów, od zwykłych zakonnic do przeorysz, była Kara Boża. Za co? Małoż to grzechów popełniają nie dość pobożni i bogobojni, ukrywając je przed swoimi spowiednikami! Kara Boża, Bicz Boży (jak chętniej i częściej mówiono, skoro obraz Dłoni Zagniewanego Wszechmocnego, zaciskającej bat lub rózgę, bardziej odpowiadał męczarniom choroby) popularność swą

zawdzięczały także nadziei, że Gniew można przebłagać, że nie jest czymś ostatecznym i nieodwracalnym. Budowano więc nowe kościoły i klasztory (do jednego z nich, *Suor Orsola*, miały być dopuszczone wyłącznie dziewice, zdolniejsze jakoby niż ktokolwiek inny wyprosić przebaczenie u Pana Niebios), umartwiano się, zapełniano dniem i nocą nawy kościelne żarliwymi modłami, spowiadano się nieustannie i komunikowano, wypychano jałmużnym groszem torby kościelnych i ulicznych kwestarzy, słuchano z drżeniem samozwańczych teologów, którzy końcem świata grozili zanadto obojętnym i letnim w swej wierze. Nie będzie przesadą powiedzieć, że Kościół rozkwitał i wypuszczał nowe wciąż pędy na nawozie dżumy. Był schronieniem i rękojmią odmiany losu na dobrotliwszy. Ale w imię ścisłości dodać należy, że tylko dla oszczędzonych jeszcze przez chorobę. Z ust już zadżumionych dobywały się, ciekły wraz z pianą i śliną choroby, bluźniercze złorzeczenia.

G. Herling-Grudziński, *Dżuma w Neapolu*, WL, Kraków 1998, s. 35

Czy aby pisarz się nie myli? Sugeruje bowiem, że pojęcie winy pojawiające się w czasie zagrożeń i klęsk żywiołowych jest wymysłem duchowieństwa i jest narzucone przez Kościół. Przecież wobec zagrożenia budzi się w duszy ludzkiej bardzo pierwotne, towarzyszące ludzkości od zarania dziejów, poczucie winy. A wtedy kościoły napełniają się spontanicznie; rozwijają się praktyki religijne, które dotąd, w codziennym zagonieniu o byt, zepchnięte były na margines. Zatem czy ludzie są zapędzani, czy dążą spontanicznie do uświęcenia się? Mamy w tej materii przekazy bardzo stare i nowe: tak przecież, całkiem niedawno, odebrano jako karę za grzechy pojawienie się AIDS.

Rok 1348 był dla Florencji rokiem klęski i żałoby. Wyludniło się miasto rażone zarazą. Pomór, co prawda, nie należał w owych wiekach do zjawisk wyjątkowych. Ale ten właśnie, objąwszy ogromną połać Europy, miał silniej od innych zapisać się w ludzkiej pamięci, utrwalony opisem wielkiego artysty słowa, który przekazał potomnym wizję katastrofy, niezrównaną w sugestywnej autentyczności". Mowa oczywiście o *Dekameronie* Giovanniego Boccaccia, owej „księdze, w której zawiera się sto nowel opowiedzianych przez siedem białogłów i trzech młodzieńców", jednym z najpoczytniejszych dzieł epoki Odrodzenia, które zrodziło się jako wynik ucieczki z Florencji i dobrowolnej izolacji podczas zarazy. Opowiadania o zabawnym nieraz temacie, interesującej intrydze, niepozbawione przy tym pikanterii miały wpływ na literaturę europejską i znajdują chętnych czytelników także dzisiaj. Ale czytelnik pomija na ogół wstęp stanowiący wstrząsające świadectwo moru, jaki nawiedził Florencję, a ma on wartość dokumentu, napisany został bowiem przez naocznego świadka. Przypomnijmy zatem fragment tego „Prologu".

[...] Powiem więc, że w roku od narodzenia Pana naszego, Jezusa Chrystusa, tysiąc trzysta czterdziestym ósmym, w sławnym mieście Florencji, klejnot miast włoskich stanowiącym, wybuchła zaraza morowa, sprowadzona wpływem ciał niebieskich albo też słusznie przez Boga zesłana dla ukarania grzechów naszych. Mór zaczął się na kilka lat przedtem na Wschodzie i spowodował tam wielkie spustoszenia. Powoli, z miejsca na miejsce się przenosząc,

zaraza do krajów zachodnich dotarła. Zapobieżenia ludzkie na nic się wobec niej zdały. Nie pomogło oczyszczanie miast przez ludzi do tego najętych, zakaz wprowadzania chorych do grodu, różne przestrzeżenia, co czynić należy, aby zdrowie zachować, ani też pokorne modlitwy, procesje i wszelkie pobożne dzieła.

Wiosną tego roku mór począł w przedziwny sposób okrutne spustoszenia czynić. Choroba nie objawiała się u nas tak jak na Wschodzie, gdzie zwykłym znamieniem niechybnej śmierci był upływ krwi z nosa. Zaczynała się ona równie u mężczyzn, jak u kobiet od tego, że w pachwinach i pod pachą pojawiały się nabrzmienia, przyjmujące kształt jabłka albo jajka i zwane przez lud szyszkami. Wkrótce te śmiertelne opuchliny pojawiały się i na innych częściach ciała; od tej chwili zmieniał się charakter choroby: na rękach, biodrach i indziej występowały czarne albo sine plamy; u jednych były one wielkie i rzadkie, u drugich skupione i drobne. Na chorobę tę nie miała środka sztuka medyczna; bezsilni byli też wszyscy lekarze. Możliwą jest rzeczą, że przyrodzenie choroby już takim było, albo też, że lekarze nic nie wiedzieli. Medyków wówczas pojawiło się siła, tak mężczyzn, jak i kobiet, nie mających, mówiąc po prawdzie, najmniejszego pojęcia o medycznym kunszcie. Nikt nie mógł odgadnąć przyczyny choroby ani znaleźć na nią stosownego remedium. Dlatego też jedynie nieliczni z chorujących do zdrowia powracali, wszyscy pozostali umierali trzeciego dnia, od chwili gdy te znamiona na ciele się pojawiły; przy tym nawet gorączka zazwyczaj nie występowała. Morowa zaraza grasowała z wielką siłą; od chorych udzielała się łatwo zdrowym, którzy z zarażonymi przebywali, podobnie do ognia, co łatwopalne przedmioty obejmuje. Aliści zło

jeszcze szło dalej; wystarczyło dotknąć się sukien chorego lub jakiejkolwiek rzeczy, którą miał w ręku, aby się zarazić. [...] Siła zarazy była tak wielka, że przenosiła się ona nie tylko letko z jednego człeka na drugiego, ale i tak bywało, że jeśli do przedmiotu, stanowiącego własność chorego, zbliżyło się jakieś zwierzę, zaraz mór go chwytał i w krótkim czasie uśmiercał. [...] Wypadki te wzbudziły w umysłach nieopisaną trwogę i napełniły je różnymi wyobrażeniami. Wszyscy bezlitośnie tylko o to się starali, aby społeczeństwa z chorymi unikać. To zdawało się powszechnie jedynym ocalenia sposobem. Niektórzy mniemali, że strzemięźliwość przeciwko zarazie zabezpieczyć może, dlatego też wszelkiego nieumiarkowania się wystrzegali. Zgromadzali się w domach swoich, gdzie żyli odcięci od świata całego. Jadali letkie potrawy, pili powściągliwie wyborne wina i chuciom cielesnym nie folgując, czas swój na muzyce i innych dostępnych im przyjemnościach trawili dla zapomnienia o zarazie i śmierci, o których ani słyszeć nie chcieli. [...]

Z srogiego niebios wyroku, a także z przyczyny ludzkiego okrucieństwa w mieście w czasie od marca do czerwca więcej niż sto tysięcy osób życie straciło. Ginęli od strasznej zarazy, a także z braku pieczy i pomocy, skąpionej im przez zdrowych, którymi trwoga owładła. Dawniej nikt by może nie pomyślał, że we Florencji można naliczyć tylu żywych mieszkańców, ile w niej się później okazało zmarłych. Ileż to pięknych domów, wspaniałych pałaców, przedtem przez mnogie rodziny, przez rycerzy i znamienite damy zamieszkałych, teraz pustką stanęło! Wszyscy w nich pomarli, aż do ostatniego sługi!

Ileż to świetnych rodów, nieprzejrzanych bogactw i skarbów bez dziedziców ostało! Iluż dzielnych mężów, urodziwych kobiet i młodzieńców, których by Eskulap, Gallen i Hipokrat za obraz kwitnącego zdrowia, ani chybi, poczytali, rano jeszcze obiadowało w społeczności swych przyjaciół i krewniaków, zasię nazajutrz już wieczerzało pospołu ze swymi zmarłymi przodkami.

G. Boccaccio, *Dekameron*, przekł. E. Boyé, przedmowa M. Brahmer, PIW, Warszawa 1972, „Prolog", s. 5-23, 33-35, 38-39.

Przekonanie o amerykańskim pochodzeniu kiły było tak powszechne, że w tej formie weszło także do literatury pięknej. Dowodem może być rozmowa Panglossa z Kandydem.

– O, drogi Kandydzie! Znałeś Pakitę, subretkę dostojnej baronowej; zakosztowałem w jej ramionach słodyczy raju; ale stały się one źródłem piekielnych mąk, które mnie oto trawią: była nimi skażona do szpiku; może umarła od nich! Pakita otrzymała ten podarek od uczonego franciszkanina, który dotarł aż do źródła, miał go bowiem od starej hrabiny, która otrzymała go od kapitana kawalerii, który zawdzięczał go margrabinie, która dostała go od pazia, który otrzymał go od jezuity, który w czas swego nowicjatu posiadł go w prostej linii od jednego z towarzyszów Krzysztofa Kolumba. Co do mnie, nie udzielę go już nikomu, bo umieram.

– O Panglossie! – wykrzyknął Kandyd. – Cóż za osobliwa genealogia! Zali nie diabeł był jej protoplastą?

– Wcale nie – odparł ów wielki człowiek – była to rzecz nieodzowna na najlepszym ze światów, składnik konieczny; gdyby Kolumb nie

nabył na Wyspie Ameryckiej tej choroby, która zatruwa źródło płodzenia, często udaremniając samo płodzenie i która jest najoczywiściej sprzeczna z wielkim celem przyrody, nie mielibyśmy ani czekolady, ani koszenili; a trzeba jeszcze zauważyć, że do dziś na kontynencie choroba ta jest naszą specjalnością jak spory teologiczne. Turcy, Indianie, Persowie, Chińczycy, Syjamczycy, Japończycy nie znają jej jeszcze, ale istnieje wystarczająca racja, aby ją poznali z kolei w ciągu następnych wieków. Na razie uczyniła ona cudowne postępy wśród nas, a zwłaszcza w owych armiach złożonych z poczciwych, dobrze wytresowanych rekrutów, które rozstrzygają o losach państw. Można twierdzić stanowczo, iż kiedy trzydzieści tysięcy ludzi walczy w regularnej bitwie przeciw drugiej armii tej samej siły, po każdej stronie znajduje się około dwudziestu tysięcy dotkniętych francą.

Wolter, *Kandyd*, tłum. T. Boy-Żeleński, Wyd. Zielona Sowa,

Kraków 2004, s. 16

IX. Święci, o których lekarz wiedzieć powinien

Było tysiące świętych, o których nikt nigdy nie wspomni, kilkuset rejestruje kościelna hagiografia, ale o kilku z nich powinien wiedzieć lekarz.

Święci i święte Pańskie tak wysoko w wyobraźni naszej wzniosły się w strefy niebieskie, że zdawać się może, iż nigdy po ziemi nie chodzili. Medyk dzięki swojemu wykształceniu opartemu na rozwoju naukowym zdaje się nie dostrzegać bohaterów spoza kręgu uczonych, którzy pchnęli medycynę na nowe tory. I tu, dla przypomnienia, warto przywołać kilka postaci.

Sięgnijmy do własnego, krakowskiego podwórka. Ze sfer medycznych trzy pielęgniarki stoją u progu procesu beatyfikacyjnego. Gorzej z lekarzami. Mówi się o trzech: dwaj nie mieli tytułów naukowych, nie napisali poważniejszych rozpraw i nie doszli do wyższych szczebli w karierze zawodowej, a jednak ich ranga jest społecznie wysoka, trzeci zaś, psychiatra, pozostał

we wdzięcznej pamięci setek pacjentów, choć nie mają oni pojęcia o jego dorobku naukowym. W każdym przypadku ważny jest Człowiek i jego odniesienie do chorych! Medycyna opiera się na nauce, ale samą tylko nauką być nie może.

1. Święty Łukasz Ewangelista

Św. Paweł w liście do Kolosan dodaje: [...] *pozdrawia was Łukasz umiłowany lekarz* (Kol 4, 14). Chodzi o Łukasza, twórcę trzeciej Ewangelii i Dziejów Apostolskich, który towarzyszył Pawłowi od jego drugiej podróży misyjnej i nie opuszczał go w czasie uwięzienia.

Że św. Łukasz jako lekarz jest patronem lekarzy, to zrozumiałe, ale dlaczego jest on również patronem malarzy? Legenda mówi, że namalował portret Matki Boskiej. Ale to legenda. Natomiast prawdą jest, że żaden z ewangelistów nie napisał tyle o Maryi, co on w swojej Ewangelii. W sztuce bizantyńskiej „pisze się" ikonę. Być może stąd to przeniesienie. Łukasz, który wiadomości czerpał najprawdopodobniej od samej Maryi, swym opisem życia Jezusa dostarczył artystom więcej wizji malarskich niż inni ewangeliści. Zwłaszcza jego przedstawienie Narodzenia Pańskiego stało się natchnieniem dla tysięcy wyobrażeń.

Lekarze czytający uważnie Ewangelię rozpoznają pióro Łukasza nie tylko dlatego, że używa terminologii medycznej (anatomia), ale jego wnikliwość obserwacji jest większa niż u innych

ewangelistów. Zwrócą też uwagę na różną ocenę lekarzy u Marka i u Łukasza[1]. Chodzi o scenę uzdrowienia kobiety z krwotoku.

U Marka Ewangelisty (5, 25–26):

> *Wśród tego tłumu była pewna kobieta, która od dwunastu lat miewała krwotoki. Bardzo się nacierpiała, choć leczyła się u wielu lekarzy. Wydała cały majątek i nic jej to nie pomogło, przeciwnie, jeszcze jej się pogorszyło.*

Podobnie u Łukasza (8, 43):

> *Była tam pewna kobieta, która od dwunastu lat miewała krwotoki. Wydała na lekarzy cały majątek, ale nikt nie mógł jej wyleczyć.*

Leonard Peltier twierdzi, że Łukasz

> „[...] używał języka stosowanego tylko przez wykształconych lekarzy, ówczesnego medycznego żargonu. Konsekwentna frazeologia, konstrukcja, styl i dobór słów ukazuje podobieństwa do pisarstwa Hipokratesa, Areteusza, Dioskorydesa i Galena. Ta analiza potwierdza tezę, że święty Łukasz był dobrze wyedukowany w greckiej tradycji medycznej”[2].

Św. Łukasza większym zainteresowaniem darzyli artyści niż lekarze. W Rzymie jest Accademia di San Luca. W Krakowie powołano w 1897 roku artystyczne Towarzystwo św. Łukasza. Dopiero w 1994 roku powstało w Częstochowie, pod jego patronatem, Stowarzyszenie Pielęgniarek i Położnych oraz Katolickie Stowarzyszenie Lekarzy Polskich. Od tej pory wzrastał kult św. Łukasza, i corocznie 18 października gromadzą się pracownicy służby zdrowia, by uczcić swego patrona.

W ikonografii św. Łukasz daleko częściej przedstawiany jest jako malarz, niż jako pisarz czy lekarz.

Spośród apokaliptycznych symboli przypisanych poszczególnym ewangelistom, Łukasz otrzymał wołu. Gdyby odnieść to do jego

medycznego patronatu, symbolizowałby ciężki, a zarazem pełen samozaparcia trud lekarza.

2. Święci Kosma i Damian

Obaj pochodzili z Arabii, w Cylicji studiowali medycynę, a potem poświęcili się leczeniu i ewangelizowaniu. Od ubogich nie pobierali za leczenie pieniędzy. W czasie prześladowania chrześcijan, za cesarza Dioklecjana, zostali ścięci. Z czasem rozwinął się ich kult, zwłaszcza od kiedy cesarz Justynian I doznał uzdrowienia. Wybudował w Konstantynopolu bazylikę pod ich wezwaniem, która stała się miejscem pielgrzymek. Przybywali również chorzy; odżył znany ze starożytności sen świątynny.

W Rzymie, dokąd sprowadzono część ich relikwii, przebudowano pogańską świątynię na kościół pod ich wezwaniem. Kult świętych rozwijał się na Wschodzie i na Zachodzie. W Polsce był nikły. Jedna z kaplic na Wawelu przez pewien czas była im poświęcona.

Natomiast wart odnotowania jest fakt powołania około 1030 roku zakonu rycerskiego kawalerów Kosmy i Damiana do opieki nad chorymi pielgrzymami. Słynne też było w Paryżu od połowy XIII wieku bractwo chirurgów Kosmy i Damiana. Wzorem patronów leczyli chorych ubogich za darmo.

W ikonografii przedstawia się ich zawsze razem, czasem ubrani są w tuniki z narzuconym płaszczem. Zaopatrzeni są w różne atrybuty; często jeden z nich trzyma naczynie do badania moczu,

a drugi naczynie do sporządzania maści. Dlatego też przyjęto uważać ich za patronów lekarzy i farmaceutów.

W kościele Mariackim w Krakowie jest przechowywany relikwiarz skrzynkowy ze scenami z życia świętych.

Z legend najbardziej rozpowszechniona jest legenda o amputacji nogi ze zmianami zgorzelinowymi i przeszczepie zdrowej nogi od zmarłego dopiero co Murzyna, co przedstawiano w malarstwie wielokrotnie.

Kult odżywa w naszych czasach. Jego wyrazem była organizacja VII Światowego Dnia Chorych, z inicjatywy Jana Pawła II, w Harissie koło Bejrutu, ponieważ tam znajdują się relikwie świętych.

3. Święta Elżbieta

Chodzi o Elżbietę zwaną Węgierską, Turyńską lub Królową-Wdową. Urodziła się w 1207 roku jako córka króla węgierskiego Andrzeja II. W wieku lat czterech została zaręczona Ludwikowi IV, synowi margrafa Turyngii Hermana I, i przeniosła się na Wartburg. W 14. roku życia poślubiła go; mieli troje dzieci. Ludwik w 1224 roku wyruszył na wojnę krzyżową, wkrótce w drodze zmarł z powodu zarazy. Elżbieta, jako wdowa, musiała opuścić Wartburg, który przypadł jej szwagrowi. Z trudem odzyskała część wdowiego dobra. Przeniosła się wtedy do Marburga, gdzie zaczęła budować kościół i szpital dla ubogich. Nie był to ani pierwszy, ani

ostatni wyraz jej pobożności. Chorymi opiekowała się zawsze i czyniła przy nich najniższe posługi.

W 1231 roku Elżbieta zmarła. W cztery lata później ogłoszono ją świętą. Materiału dowodowego nie brakowało: ponad sto przypadków cudownych uzdrowień.

Przede wszystkim ucieszyły się głowy koronowane, bo – jak by nie było – Elżbieta królowa była jedną z nich. Przypomniano, że w żyłach Jezusa też płynęła królewska krew króla Dawida. Ale pospólstwo wiedziało co innego, a mianowicie to, że przełamując konwenans tradycją usankcjonowany, ruszyła z pomocą chorym. Z tego powodu miała trudności na Wartburgu. Dzieliła się tym co miała i dawała przykład wielu innym. Kobiety tamtych czasów rozumowały: siew ewangeliczny przynosi plon stokrotny, sześćdziesięciokrotny i trzydziestokrotny. Pierwszy odnosi się do panien, które oddały swe życie Bogu, zamykając się w klasztorze; ostatni do mężatek, które za zgodą mężów żyją powściągliwie. Pomiędzy nimi są wdowy, które oddają posługę chorym i samotnym. Do nich przyłączyła się po śmierci męża Elżbieta.

Wdowy XXI wieku spędzają bezproduktywnie czas przed telewizorem.

Zasługi Elżbiety wysoko ocenił Luter, chociaż – jak wiadomo – nie miał on sentymentu do świętych. Niemieccy protestanci pielgrzymują jej śladami do Marburga. Rzecz osobliwa, wędrują do jej kościoła, a nie do jej relikwii (przeniesionych ostatecznie do Andechs w katolickiej Bawarii). Powód? Otóż w kilkaset lat po jej śmierci Marburg znalazł się w rękach protestanckiego władcy, a ten usunął ciało Elżbiety z grobowca. Nie był to przejaw wandalizmu czy braku szacunku, lecz potrzeba przeniesienia

akcentu z człowieka na Chrystusa. To On uzdrawia, to On ma być celem pielgrzymek. I tak jest nadal.

Dzisiaj dilerzy proponują młodzieży życie krótkie, ale intensywne. Elżbieta zmarła, mając 24 lata, a ślad jej życia przetrwał do dziś. Może by tak pójść jej śladem?

4. Święta Hildegarda z Bingen (1098–1179)

Do niedawna mało komu znana, ustępowała miejsca najmniej popularnym świętym, nie wychodziła poza podręczniki historii medycyny. W ostatnich latach zrobiła zawrotną karierę uwarunkowaną, co prawda, farmaceutyczno-merkantylnymi celami, ale – jeśli nie można inaczej – to do nauki, jak i do świadomości społecznej trzeba czasem wejść kuchennymi schodami.

Benedyktynka, mistyczka, wizjonerka, ksieni klasztoru w Bingen, a potem w nowym klasztorze w Rupertsbergu nad Renem, słabo wykształcona, jak ówczesne kobiety, stała się autorką m.in. dzieła filozoficzno-teologicznego *Liber Scivias Domini* (Znaj drogi Pana) oraz dwóch dzieł medycznych: *Liber Simplicis Medicinae sive Physica* (o przyrodzie) i *Liber Compositae Medicinae sive Causae et curae*, które wzbudza w naszych czasach wielkie zainteresowanie, zwłaszcza wśród zwolenników leczenia środkami naturalnymi.

Dodajmy do tego jej reformy w muzyce religijnej, dziś spopularyzowane opracowaniami naukowymi i nagraniami. Pozostańmy jednak przy medycynie. Wobec tak rozległej i łatwo dostępnej literatury nie byłoby rzeczą sensowną przedstawianie i streszczanie tego, co dla czytelnika pozostaje w zasięgu ręki. Skoro jednak staramy się wskazać na wieczną aktualność tkwiących w medycynie treści, nie sposób nie wspomnieć najistotniejszych momentów rozumowania lekarskiego Hildegardy, mając za przewodnika dwóch autorów, którzy zgłębili jej myśl.

Zdaniem H. Strickerschmidta, celem lekarskiego postępowania Hildegardy w pierwszym rzędzie nie było wyleczenie[3]. Dla niej choroba była sposobnością do zadania sobie pytania i przemyślenia, dlaczego wystąpił spadek sił życiowych; jakie były tego przyczyny. Ciało człowieka składa się z tych samych elementów co natura i dlatego jest od niej uzależnione. Ale dusza jest tchnieniem Bożym. Dzięki temu człowiek staje się do Boga podobny. Remedium na obserwowane w świecie rozbicie jedności pomiędzy naturą a człowiekiem, pomiędzy duszą a ciałem, pomiędzy mężczyzną a kobietą, Hildegarda znajdowała w Piśmie Świętym. Człowiek powodowany pychą uniezależnił się od Boga, a przez to wpadł w stan destrukcji, zagrożenia chorobą i śmiercią. Aby uzdrowić człowieka, trzeba mieć na uwadze jego całość, a do tego potrzebne jest:

1) zjednoczenie człowieka z naturą i z kosmosem;

2) współdziałanie sił psychoduchowych i cielesnych;

3) jedność z Bogiem i Jego pomoc.

Te siły muszą współdziałać w człowieku, jeśli ma być zdrowy. Zwróćmy uwagę na aktualność tych postulatów we współczesnej medycynie. Duchowy aspekt w odzyskiwaniu zdrowia jest dziś znowu poszukiwany. Stąd się bierze powszechne zainteresowanie dalekowschodnimi metodami leczenia. To wskazuje, że współczesny człowiek odczuwa braki dzisiejszej medycyny, która leczy jedynie ciało i zewnętrzne objawy choroby.

> „W całościowym widzeniu człowieka na gruncie chrześcijańskim widzi Hildegarda nowe drogi do przywrócenia człowiekowi zdrowia, równowagi i szczęścia. Człowiek jest całością bez względu na to czy jest zdrowy, czy chory. Musi być poważnie traktowany jako osoba, żywa i niepowtarzalna, i to we wszystkich swoich przejawach życia".

Widać w tym potrzebę pogodzenia się człowieka z samym sobą w jego przejawach cielesno-duchowych. Jest jednak jeszcze jeden aspekt, o którym mówi Hildegarda – aspekt transcendentny: potrzeba pogodzenia się człowieka z Bogiem.

Philipp Rath pisze za Hildegardą:

> „Światło Bożej łaski pozwala człowiekowi rozpoznać jego niedoskonałość i potrzebę uzdrowienia. Kto jednak zamknął się na ten głos i nadużywa w szaleństwie absolutnej autonomii swej wolności, popada w grzech i poczucie winy, choruje na duszy i ciele i ostatecznie zaburza żywioły kosmosu. Zdrowie i proces zdrowienia mogą wynikać ze zwrócenia się do Boga, z wiary, która rodzi dobre owoce i przywraca porządek życia"[4].

Zatem wiara jest jednym z czynników prowadzących do pełni zdrowia. Nasuwa się mimowolnie na myśl ta scena ewangeliczna, w której Chrystus mówi do kobiety uzdrowionej z krwotoku: „Wiara twoja cię uzdrowiła" (por. Łk 8, 48).

Ale nie jest to jedyna nauka, jaką powinniśmy wynieść ze wskazań Hildegardy z Bingen. Doktor Hertzka, lekarz praktyk,

zajął się obserwacją skuteczności działań leków wskazanych przez Hildegardę (szkoda, że nie robią tego klinicyści dysponujący laboratoriami), a ktoś inny opisał jego i innych doświadczenia i obserwacje, a następnie wydał w książce. We wstępie do niej stwierdza:

> „[...] oddaliśmy w ręce lekarzy odpowiedzialność za nasze zdrowie i życie. Czy nie jesteśmy osobiście odpowiedzialni za stan naszego zdrowia? Hildegarda odpowiada na to pytanie: TAK! Mówi ona: choroba jest twoim osobistym problemem. Każdy z nas ponosi osobiście odpowiedzialność za stan swojego zdrowia!”[5].

Zalecenia Hildegardy: „zrób sobie, czy też przygotuj to czy tamto, a będziesz uleczony” odbiera jako wezwanie do osobistego, aktywnego procesu zdrowienia, czego – powiedzmy to otwarcie – społeczeństwu naszemu bardzo brakuje.

Wróćmy do przykładu ewangelicznego: Chrystus powiedział do kobiety, którą uzdrowił z krwotoku: *Córko, twoja wiara ocaliła cię, idź w pokoju i bądź uzdrowiona ze swej dolegliwości* (Mk 5, 34).

Uzdrowienie stało się zatem dzięki wierze, ale i wysiłkowi, jaki kobieta włożyła, by dotrzeć do Chrystusa jako źródła uzdrowienia.

5. Niels Stensen

Niels Stensen, także Nicolaus (Nicolas) Steno urodził się w 1638 roku w Kopenhadze, w rodzinie protestanckiej. Studiował medycynę w Amsterdamie, Lejdzie, Paryżu, Montpellier, potem powędrował do Włoch, gdzie uzyskał wysokie stanowisko jako

lekarz nadworny u Medyceuszów, co zapewniało mu dostatnie życie i spokojne spojrzenie na przyszłość. Ale właśnie tam, podczas procesji Bożego Ciała, zobaczył hołd oddawany Chrystusowi w Eucharystii przez tysiące wiernych, co tchnęło w niego myśl przejścia na katolicyzm (1667). W kilka lat później został księdzem (1675), a wkrótce biskupem (1677). Powędrował wtedy pieszo i boso w północne rejony Niemiec (Hanower, Münster, Schwerin), stając się gorącym orędownikiem jedności kościoła. Zmarł po wielkich cierpieniach w 1686 roku w Schwerin, gdzie się też znajdują jego relikwie. Jan Paweł IIbeatyfikował go w 1988 roku[6].

Osobliwy to święty, który zapisał swoje imię nie tylko w hagiografii, ale również w naukach przyrodniczych: geologii, krystalografii, paleontologii, a zwłaszcza w anatomii. Był czas, że niezwykle fascynowała go anatomia. Z tego okresu zapewne pochodzi to jego zdanie:

> „Prawdziwym celem anatomii jest uzdolnić obserwatorów, by poprzez arcydzieło ciała zdolni byli dosięgnąć godność duszy. A poprzez cudowność obu, aby doszli do poznania i miłości ich Stwórcy".

Przedmiotem szczególnego zainteresowania ciałem ludzkim był w pewnym okresie mózg. Napisał nawet na ten temat rozprawę (*Discours sur l'anatomie du cerveau*)[7]. Te zainteresowania zbliżyły go do Kartezjusza. Głównie zajmował się jednak budową gruczołów i mięśni. To on ustalił, jako pierwszy, że serce jest mięśniem.

Utrwalił swe imię w anatomii, opisując kanał przysieczny (*canalis incisivus*, vel *canalis Stenseni*), otwór przysieczny (*foramen incisivum*, *foramen Stenseni*) i przewód ślinianki przyusznej, który „wychodzi z przedniego brzegu ślinianki przyusznej, biegnie do

przodu po mięśniu żwaczu, następnie przebija mięsień policzkowy i uchodzi do przedsionka jamy ustnej, na wysokości drugiego górnego zęba trzonowego". Nosi on nazwę *ductus parotideus* lub *ductus Stenseni*[8].

6. Święta Łucja

Żyła w Syrakuzach na Sycylii w początkach IV wieku. Według legendy w czasie prześladowania chrześcijan, przyobiecany jej przez rodziców narzeczony doniósł o ślubowaniu przez Łucję czystości. Prześladowana, przemocą została doprowadzona do domu publicznego. Torturowana potem na różne sposoby, została pozbawiona oczu, dlatego stała się patronką od chorób oczu. Polskie przysłowie mówi: Święta Łucja dnia przyrzuca (13 XII). Trochę za wcześnie, ale odnosiło się to do kalendarza juliańskiego. W krajach północnych przesilenie zimowe świętuje się łącznie z dniem św. Łucji.

7. Święty Błażej

Był biskupem w dzisiejszej Armenii w mieście Sebaście z początkiem IV wieku. W czasach prześladowania chrześcijan schronił się w górach. Odkryty, poddał się wyrokom boskim

i ludzkim. W czasie pobytu w więzieniu wsławił się uzdrowieniami, z których zwłaszcza jedno utrwaliło jego pamięć jako patrona od pewnych chorób. Pisał o nim Piotr Skarga:

> „Święty Błażej tym, którzy się w swych niemocach do niego uciekali, imię Pana swego z onemi cudami podawał, aby weń wierzyli, a tego sobie za Boga mieli. Między innymi matka jedna synaczka swego jedynego, ością rybią zadławionego i już kilka dni nie mówiącego, mając, bieżała do więzienia prosząc z wielkim płaczem Błażeja Świętego, aby go uzdrowił, powiadając, iż mu żaden lekarz ani człowiek pomocy dać nie może. A święty biskup ręką się jego gardła dotykając, a modlitwę w niebo posyłając, zleczył wnet dziecię ono”[9].

Dlatego św. Błażej był uważany za patrona od chorób gardła. Być może stąd przysłowie: Święty Błażej, gardła zagrzej. W dniu jego święta (3 II) święcono dwie świece: albo skrzyżowane, albo w dolnej części stopione w jedną (Święty Błażej po świecach chodzi). Świece te zwano błażkami, a stopiony z nich wosk połykano.

8. Święta Apolonia

Euzebiusz z Cezarei w swojej *Historii kościelnej* pisał o prześladowaniach chrześcijan w Egipcie za cesarza Dioklecjana (ok. 250 r.). Pochwyconych wtedy chrześcijan torturowano na różne sposoby. Wśród nich była niemłoda już panna – Apolonia. Znęcano się nad nią w osobliwy sposób: kamieniem zmasakrowano jej twarz, wybijając zęby. To stało się pretekstem do uznania jej za

patronkę od bólu zębów, a z czasem za patronkę tych, którzy temu bólowi zapobiegają lub go łagodzą – stomatologów.

Kult świętej, który rozwijał się przez wieki, przysporzył jej wyobrażeń w różnej postaci: Apolonia wśród świętych dziewic, w scenie męczeństwa lub w postaci niewiasty ubranej w strój odpowiadający epoce, w której powstał obraz bądź rzeźba, z palmą – symbolem męczeństwa w jednej i z kleszczami w drugiej ręce. Te kleszcze interesują historyków stomatologii, bowiem w zależności od miejsca i czasu wykazują znaczne różnice; czasem są wielkie jak obcęgi kowalskie, bo zapewne służyły kowalowi w jego zawodzie, czasem mniejsze, jakby już dostosowane do ekstrakcji zębów. Takie mieli zapewne wykwalifikowani cyrulicy. Ale oni byli tylko w ośrodkach miejskich. Mieszkańcy rozległych terenów – ludność wiejska – długie lata korzystali z usług wiejskich kowali.

Św. Apolonia jest dzisiaj symbolem. Widać ją nie tylko w starych katedrach, ale i w klinikach stomatologicznych. Łączy przeszłość z teraźniejszością, ludzkie cierpienie z jego wymiarem nadprzyrodzonym. Jej święto obchodzone jest 9 lutego.

Św. Apolonia występuje w Polsce w licznych przedstawieniach malarstwa gotyckiego i barokowego. Najbardziej znany jest obraz jej męczeństwa w kościele Mariackim w Krakowie, gdzie corocznie spotykają się stomatolodzy krakowscy, oraz rzeźba o podobnej tematyce w kościele św. Katarzyny w Głuchowie k. Kościani. Tam śpiewa się pieśń ku jej czci:

Apolonio Dziewico,
Chrystusa Oblubienico,
Przez Twe chwalebne męczeństwo,
Uproś nam cierpliwe męstwo.

Byśmy nasze przeciwności,
Mężnie znieśli w cierpliwości,
I dla Jezusa ścierpieli,
Co byśmy przykrego mieli.

Tyś za Jezusową wiarę
Czyniła z zębów ofiarę,
Któreć okrutnie targano,
Aż je wszystkie wyłamano.

Uproś Oblubieńca Twego,
Aby raczył z nas każdego
Bronić od zębów bolenia,
Strasznego onych cierpienia.

Gdy zaś tę boleść dopuści,
Spraw niech dar cierpienia spuści.
Abyśmy przez zębów rwania,
Uszli wiecznego zgrzytania.

Przypisy

[1] C.R. Smith, *The Physician examines the Bible*, Philosophical Library, New York 1950, s. 180.

[2] Cyt. za: R. Cherry, *Biblia leczy*, Wyd. M, Kraków 2006, s. 47.

[3] H. Strickerschmidt, *Der Mensch im Mittelpunkt*, „Meditation" 1998, R. 24, nr 1, s. 29.

[4] Ph. Rath, *Hildegarda von Bingen: Prophetischer Ruf in die Zeit*, „Meditation" 1998, R. 24, nr 1, s. 2.

[5] H. Posch, *Co to jest medycyna Hildegardy?*, Wyd. „Czuwajmy", Kraków 2001, s. 4.

[6] A. Wincewicz, *Święty Mikołaj był lekarzem*, „Medyk Białostocki" 2006, nr 122, s. 14.

[7] A. Faller, *Wertschätzung von Stensens „Discours sur l'anatomie du cerveau" in Laufe von drei Jahrhunderten*, Aarau, Frankfurt am M., Salzburg 1981.

[8] B. Gołąb, *Słownik eponimów morfologicznych*, PZWL, Warszawa 1974, s. 94.

[9] P. Skarga, *Żywoty świętych*, Kraków 1933, t. 1, s. 234.

Z listu napisanego przez Konrada z Marburga, kierownika duchowego św. Elżbiety

[...] Odtąd Elżbieta coraz bardziej zaczęła jaśnieć cnotami. Całe życie była pocieszycielką ubogich; teraz się poświęciła całkowicie opiece nad potrzebującymi. W pobliżu jednego ze swych zamków poleciła zbudować szpital, w którym zgromadziła wielu chorych i słabych. Hojnie rozdzielała dary miłości wszystkim, którzy prosili ją o wsparcie nie tylko na tym miejscu, ale na każdym innym podlegającym władzy jej małżonka. Wszystkie dochody, pochodzące z czterech księstw swego małżonka, wyczerpała do tego stopnia, iż w końcu na potrzeby ubogich nakazywała sprzedawać klejnoty i kosztowne szaty.

Dwa razy na dzień, rankiem i wieczorem, miała zwyczaj odwiedzać chorych. Osobiście posługiwała tym, którzy cierpieli na odrażające choroby, podawała posiłek jednym, poprawiała posłanie drugim, niektórych dźwigała na ramionach i spełniała wiele innych dobroczynnych posług. W tym wszystkim podtrzymywał ją błogosławionej pamięci małżonek. Na koniec po śmierci swego małżonka, starając się o jak największą doskonałość, pośród wielu

łez prosiła mnie, abym pozwolił jej wędrować od drzwi do drzwi i prosić o jałmużnę.

W Wielki Post, kiedy ołtarze były obnażone, złożywszy ręce na ołtarzu, w kaplicy swego miasta, dokąd sprowadziła Braci Mniejszych, w obecności świadków wyrzekła się własnej woli i tego wszystkiego, co Zbawiciel w Ewangelii zalecał porzucić. Następnie skoro zrozumiała, że mogłyby ją uwieść sprawy świata oraz ziemski przepych, którego doznawała otoczona szacunkiem za życia małżonka, wbrew mojej woli udała się do Marburga. Tu zbudowała szpital i zgromadziła chorych i ułomnych; zapraszała do swego stołu najbardziej ubogich i pogardzanych.

Wobec Boga stwierdzam, że pomimo jej czynnego życia rzadko spotykałem niewiastę, która by w tak wysokim stopniu obdarzona była darem kontemplacji. Niektórzy zakonnicy i zakonnice zauważali często, iż kiedy powracała z modlitewnego odosobnienia, jej twarz jaśniała niezwykle, a oczy błyszczały jakby promieniami słońca.

Za: *Liturgia godzin*, IV, Pallotinum 1988, s. 1363

Modlitwy Stensena

Wszechmogący Boże i Ojcze. Bez Twojej woli nie spadnie ani włos z głowy, ani liść z drzewa, ani ptak na ziemię; ale też umysł nie zdobędzie myśli, język słowa, ręka działania. Ty wprowadziłeś mnie na nieznane drogi! Prowadź mnie nadal drogą łaski, mniejsza o to, czy będę tego świadomy, czy nie, ponieważ Tobie jest łatwiej

mnie tam poprowadzić, gdzie Ty chcesz, niż mnie zejść z dróg, na które mnie pchają moje pożądliwości. Amen.

Boże, cierpię z powodu boleści, i mam nadzieję, że wzruszą one Ciebie, byś mi przebaczył, że nie myślę stale o Tobie. Nie proszę, byś mi tę boleść odebrał, lecz dał mi cierpliwość w jej znoszeniu. Skoro dobro przyjęliśmy z Twojej ręki, dlaczego nie mielibyśmy przyjąć zła? Mój Boże, Ty wiesz, czy będę dłużej żył, czy umrę. Ja chcę tylko tego, co Ty chcesz. Bądź uwielbiony na wieki i niech dzieje się Twa wola.

Modlitwa chorego o wstawiennictwo Nila Stensena

Błogosławiony Biskupie, Ty w swojej śmiertelnej chorobie modliłeś się do Pana pełen ufności i oddania. Tak nie potrafię się modlić. Jest mi ciężko. Jestem pełen smutku i żalu. Chciałbym móc modlić się do Boga, jak Ty. Pomóż mi przez swoje wstawiennictwo.

Proś Pana za mną. Ja proszę o Boże błogosławieństwo i Jego obecność, o Jego prowadzenie. Chcę być zdrowy. Ale bez względu na to co przyjdzie, chcę ufać, że Jezus, mój Zbawiciel, mnie prowadzi.

Błogosławiony Nilu, wstaw się za mną do Pana, abym mógł znieść wszystko. Patrzę na ciebie. Jezus dał ci siłę; niech i mnie nią obdaruje.

Błogosławiony Nilu, proszę za wszystkimi bliskimi, za tymi, którzy się mną opiekują. Proszę za wszystkimi chorymi i umierającymi. Modlę się wraz z tobą: Jezu, bądź mi Jezusem! Jezu, bądź mi Zbawicielem.

Piękne jest to, co widzimy,

piękniejsze, co wiemy

daleko piękniejsze jest to,

czego nie pojmujemy.

X. O chorobach osobliwych

1. Choroba św. Antoniego

Zamiast wstępu – anegdota.

Włoski lotnik wyskakuje z samolotu. Spadochron się nie otwiera. Rozpacz! Woła wniebogłosy:

– Święty Antoni! Święty Antoni!

Zjawia się brodata postać z ogromną aureolą, chwyta nieboraka w locie na ziemię za kołnierz i pyta:

– Którego to Antoniego wzywasz?

– Jasne, Antoniego Padewskiego – pada odpowiedź.

– To nie ja – mówi święty. I wypuszcza lotnika z ręki.

Zapamiętaj, Czytelniku! Jest nie tylko jeden św. Antoni, którego namolnie molestujesz przed egzaminami i wtedy, gdy zgubisz klucze.

Św. Antoni, o którym tu będzie mowa, był pustelnikiem, anachoretą. Żył w latach 251–356 w Egipcie, gdzie też przebywał św. Paweł, pierwszy pustelnik, dlatego przedstawiają ich czasem razem. Św. Paweł w odzieniu z liści wygląda rzeczywiście na pustelnika. Św. Antoniego, który z czasem został opatem, malują dostojniej: w długiej szacie, z długą siwą brodą i pastorałem mającym zwieńczenie w kształcie litery T. Są też oczywiście inne jego przedstawienia. Kult świętego był powszechny. Antoniego wzywano najczęściej podczas zarazy, ale był też orędownikiem od pożarów, uchodził za patrona zwierząt domowych (zwłaszcza świń). Ku jego czci święcono ogień i wodę oraz krzyżyki zwane egipskimi.

Czytelnik pewno zapyta, jaki związek miał nasz święty z medycyną?

Święty Antoni Padewski wśród chorych.

Otóż w średniowieczu, ale i w czasach późniejszych, w XVI i XVII wieku, a sporadycznie też w XX, występowała epidemicznie choroba cechująca się pieczeniem skóry, jakby palenie ogniem, mrowieniem (stąd zwano ją rojnicą), w cięższych przypadkach bolesnymi skurczami, które unieruchamiały chorych, następnie zmianami zgorzelinowymi posuniętymi aż do samoistnej utraty palców, a nawet kończyn. Przyczyna choroby została odkryta bardzo późno. Był nią sporysz, który występował

w nieoczyszczonym ziarnie, szczególnie obficie w latach deszczowych, co tłumaczy okresowe nasilenie występowania epidemii. Zauważono też, że choroba omijała wyższe warstwy społeczne. Powód był prosty: spożywano tam pieczywo z mąki pszennej, a w pszenicy sporysz nie występuje. Chorobę nazwano *ergotismus*, a w zależności od objawów: *ergotismus convulsivus* albo *ergotismus gangrenosus*. Ale to dopiero wtedy, gdy przyczyna choroby była już znana, czyli w XVIII wieku. Johann Taube napisał na ten temat rozprawę: *Die Geschichte der Kriebel-Krankeit* (Göttingen 1782). Natomiast w czasie jej epidemicznego występowania, w okresie kompletnej bezradności, pozostawała jedynie pomoc nieba i świętych, spośród których najbliższym wydawał się św. Antoni, ten od ognia. Stąd też choroba ta nazwana została chorobą św. Antoniego lub świętym ogniem – *ignis sacer*.

Nie wyczerpuje się jednak na tym przygoda medycyny ze św. Antonim. Pod wezwaniem tego świętego powstawały szpitale i schroniska dla ubogich, a zgromadzenie, które się nimi opiekowało, nazwano antonianami. Istniały też bractwa św. Antoniego, którego członkowie nosili na łańcuszku krzyżyk z małym dzwonkiem, jak to widać na portrecie „Człowieka z goździkiem" Jana van Eycka.

Atrybutem świętego była świnka. Wzięło się to z legendy opowiadającej o uzdrowieniu przez naszego świętego ślepego prosięcia (być może dlatego został patronem zwierząt domowych). W miastach włoskich: Bolonii, Wenecji, Florencji, ale też w miastach Francji i Anglii żyły na koszt miasta świnie św. Antoniego, które chodziły po ulicach (zwłaszcza po rynku) i zjadały nieczystości.

„W roku 1296 przeznaczono w Sienie samurę z czterema prosiakami, aby czyściła Campo po każdym targu, w roku zaś 1382 ustanowiono, że sześć świń di Santo Antonio ma się wałęsać po mieście. Zapewne było ich więcej, tylko akta sieneńskie nie przekazały potomności dokładnej ich cyfry”[1].

Aby nie było wątpliwości do kogo świnie należą, zawieszano im u szyi dzwonek i przycinano nieco prawe ucho. Stąd świętego zwano też Antonio del porco i z takim zwierzęciem przedstawiano często w malarstwie. Z wieprzem połączył go też Dante w *Boskiej Komedii*, pisząc:

„Z tego świętemu Antoniemu tyje
Wieprz, oraz inne jeszcze gorsze wieprze”.
Raj 29, 124

W dobie reformacji anonimowy antykatolicki pisarz drwił sobie z naszego świętego:

„Antoni świnie pasie, świnie z nim malują
Snadź go tego urzędu nagodniejszym czują”.

Nie miał racji. Świnie św. Antoniego spełniały pożyteczną, sanitarną rolę w średniowiecznych miastach.

Ciekawe *polonicum* w interesującym nas tu temacie znalazł Henryk Barycz w czasie swych studiów padewskich[2]. Otóż w roku 1350 polski książę nieznanego nazwiska, będąc w Padwie, odwiedził grób św. Antoniego, rzecz jasna św. Antoniego Padewskiego. Jeden z jego towarzyszy zadrwił sobie ze świętego mówiąc, że „to ten św. Antoni, w którego imieniu prosiaki noszą dzwonki na szyi”. Za to spotkała go kara: sparaliżowało mu rękę, „a usta wykrzywiły mu się aż do ucha”. Książę był przerażony. Nie mógł wpaść na lepszy pomysł, jak powróciwszy do bazyliki prosić świętego o wybaczenie i przywrócenie towarzysza do zdrowia, co

też ku zdumieniu wszystkich się stało. Skąd ta kara, skoro słowa dworzanina były prawdziwe? Mówił przecież o św. Antonim Pustelniku. Który z Antonich się obraził?

Św. Antoni był jednym z wielu pustelników, którzy pojawili się na obu brzegach Nilu. Mieszkali w starych grobowcach lub nędznych chatkach. O życiu ich pisze Anatol France w powieści *Tais*:

> „Anachoreci i pustelnicy żyli we wstrzemięźliwości, nie jadali nic aż do zachodu słońca, a całym ich pożywieniem był chleb, sól i hyzop. Niektórzy z nich zapuszczali się dalej w piaski pustyni, szukali sobie schronienia w jaskiniach lub dawnych grobowcach i wiedli żywot jeszcze bardziej dziwny”[3].

Nie sądźmy, że był to żywot sielski i anielski:

> „Asceci, wściekle napastowani przez legiony duchów potępionych, bronili się z pomocą Boga i aniołów postami, pokutą i umartwieniem. Czasami żądło żądzy cielesnej raniło ich tak okrutnie, że wyli z bólu i jęki ich, rozlegające się pod gwieździstym stropem niebios, wtórzyły wyciom hien zgłodniałych. Wtedy czarci zjawiali się przed nimi w postaciach czarujących. Bo choć czarci szpetni są w rzeczywistości, umieją niekiedy przybrać pozór tak piękny, że trudno rozpoznać prawdziwe ich przyrodzenie”[4].

Pafnucy, jeden z uczniów św. Antoniego, takie miał przeżycie:

> „Otóż pewnego dnia, gdy pobożnym swym zwyczajem wspominał chwile przeżyte bez Boga i jeden za drugim rozpatrywał grzechy swoje, by tym dokładniej pojąć ich potworność, przypomniał sobie, że niegdyś w teatrze w Aleksandrii widział był aktorkę niezwykle piękną, imieniem Tais. Kobieta ta występowała w igrzyskach i nie wahała się ruchami swymi w umiejętnym tańcu udawać obrazy najgwałtowniejszych namiętności lub też naśladowała na scenie bezwstydne postępki, które baśnie pogan przypisują Wenerze, Ledzie lub Pazyfai. Rozpalała tym w widzach ognie zmysłów; a gdy rozkochani piękni młodzieńcy lub bogaci starcy szli wieńce kwiecia zawieszać nad jej progiem, przyjmowała ich chętnie

> i oddawała się im. Tak gubiąc duszę własną, zatracała też mnóstwo dusz innych [...].
>
> Po kilku godzinach rozmyślania obraz Taidy stanął przed nim wyraziście. Ujrzał ją taką, jaką ją widział był w dniach pokusy: piękną urokiem ciała. Ukazała mu się zrazu jako Leda, miękko rozciągnięta na łożu z hiacyntów, z odrzuconą w tył głową, z wilgotnymi i błyszczącymi oczyma, z drgającymi nozdrzami, z rozchylonymi usty, z piersią rozkwitłą i ramionami jak dwa chłodne strumienie. Na ten widok Pafnucy z wielką skruchą uderzył się w piersi i mówił:
>
> – Świadczę się Tobą, o Boże, że widzę, jak szpetny był grzech mój”[5].

Pod wpływem perswazji Pafnucego, Tais porzuciła swe grzeszne życie i została świętą.

W sztuce malarskiej pojawiają się sceny przedstawiające kuszenie św. Antoniego. Do najsłynniejszych należą obraz Matthiasa Grünewalda i miedzioryt Martina Schongauera. Ale, zważmy, gdyby nasze pokusy były równie wstrętne jak te, które oni widzieli w swoim wyobrażeniu, najpewniej bez trudu zostalibyśmy świętymi. Zupełnie inaczej rzecz jest zobrazowana we współczesnej grafice Fritza Külma: tu pokusa jest jawna. Jak zatem tłumaczyć starych mistrzów? Czyżby artyści tej miary, co wyżej wspomniani, obrazując pokusy, nie zdawali sobie sprawy z tego paradoksu? Czy wprost przeciwnie, świadomie nie łączyli elementu erotycznego ze sztuką religijną? Co więcej, demonstrowali negatywne skutki erotyzmu jako ostrzeżenie.

Problem nie jest zamknięty i nie jest od nas daleki zarówno w czasie, jak i w przestrzeni. Być może nawet dziś jest jeszcze bardziej aktualny, niż był kiedykolwiek dotąd, bo nigdy życie erotyczne nie było w swoich przejawach tak jawne, jak dziś. Taniec Tais, tak plastycznie opisany przez France’a, można oglądać

wszędzie: w wytwornych klubach dla biznesmenów i w portowych knajpach. Ilustrowane pisma pornograficzne są powszechnie dostępne bez ograniczeń, niestety także dla młodzieży. Dlatego ważne są słowa Wandy Półtawskiej, psychiatry z doświadczeniem klinicznym:

> „Rozmiaru krzywdy wyrządzanej człowiekowi, zwłaszcza młodzieży przez pornografię nie da się zmierzyć. Szerzenie się pornografii jest czułym wskaźnikiem kultury danego narodu. Wrażliwość na piękno i dobro można nie tylko wykształcić u człowieka, ale też odwrotnie, można je zniszczyć, stępić, co oczywiście jest procesem o wiele łatwiejszym".

To musimy przyjąć niezależnie od wyznawanego światopoglądu, ale dla osób wierzących istnieje tu jeszcze aspekt transcendentny:

> „Pornografia stoi jakby na antypodach hagiografii i próbuje tamten drugi biegun zdeprecjonować – stąd próby poniżania osób świętych czy wręcz samego Boga. Jest oczywiste, że za ludzkim programem pornografii stoi inspiracja tego ducha, który walczy ze świętością. Pornografia jest po prostu realizacją szatańskiego planu, by zniszczyć świętość"[6].

I to pozwala zrozumieć, dlaczego św. Antoni nie ukrywał swoich pokus, ujawniał je, lecz zarazem dawał przykład, że nie pokusy, ale walka z nimi jest miernikiem męstwa, które samo w sobie już jest wartością, i – wcześniej czy później – przynosi owoce. Św. Antoni może znów stać się patronem od zarazy, tym razem zarazy moralnej.

Bohater *Kuszenia świętego Antoniego* Gustawa Flauberta[7] poddawany jest nie tylko pokusom erotycznym, ale również zwątpieniom, i stawiany w ogniu kontrowersyjnych pytań filozoficznych i teologicznych. Arcydziełem to nie jest, dlatego zapewne znane jedynie z tytułu. J. Haydn skomponował

Divertimento in SiBemolle Maggiore, którego drugą część stanowi *Chorał św. Antoniego*. Na ten temat, wzięty z Haydna, J. Brahms napisał wariacje op.56 a. Paul Hindemith skomponował symfonię *Mateusz malarz*, będącą ilustracją tryptyku M. Grünewalda; jej trzecia część ilustruje kuszenie św. Antoniego. Słuchacz może dopatrzyć się dowolnych wrażeń. Dla muzykologa jest to „dramatyczna rapsodia, intensywna i ekspresyjnie jednoznaczna. Jest to bez wątpienia muzyka »obrazująca«, a więc w istocie rzeczy pozostająca w silnym związku z tematem obrazu". Pod koniec pojawia się hymn gregoriański *Lauda Sion Salvatorem*, a w instrumentach dętych potężne *Alleluja*, ilustrujące zwycięstwo wyższych wartości nad niższymi, cnoty nad pokusą[8].

Do świętości nie dochodzi się bez trudu.

2. O kołtunie zwanym polskim

Choroba, o której w historii medycyny, zwłaszcza polskiej historii medycyny coś wiedzieć trzeba, to kołtun, choroba związana przez przymiotnik z Polską – *plica polonica* – lub też jak chcą Niemcy z dorzeczem Wisły – *Weichselzopf*, co wynika albo ze złośliwości, albo z naiwności, bo jest przekręceniem słowa *Wichtelzopf* – „warkocz", występującego np. u niemieckich gnomów. Przyjdzie nam odpowiedzieć na pytanie: co to za choroba i dlaczego polska?

O kołtunie wiemy zaledwie tyle, że był to zwój włosów skłębionych, pogmatwanych, nierozczesywanych, który odrastał do momentu pewnej „dojrzałości", czyli chwili, w której można go było bezpiecznie odciąć. Przedwczesne odcięcie groziło śmiercią, a przynajmniej ślepotą.

Natomiast obraz choroby kołtunowej w okresie, w którym zaczynała się pojawiać, albo – jak się ówczesnym wydawało – jej występowanie przybierało na sile, przedstawiał się następująco:

> „Łamie kości, naciąga członki, rzuca się na stawy, ciało zniekształca i wykręca, powoduje narośle i guzy, robactwo sprowadza i masami tegoż tak głowę zanieczyszcza, że w żaden sposób nie da się potem do porządku doprowadzić. Jeśli się włosy obetnie, wówczas materia ta i jad rozchodzi się po całem ciele i zaatakowawszy je, dręczy głowę, nogi, ręce, wszystkie członki, wszystkie stawy, wszystkie części ciała prześladuje. Dowiedzioną jest rzeczą, że ci, którzy pozbyli się takiej plątwy, zapadają na oczy, albo cierpią niewymowne męki, gdy choroba spłynie na inne części ciała"[9].

Tak opisywał ją Wawrzyniec Starnigel w liście do uczonych medyków padewskich w 1599 roku – zatem w roku, w którym problem choroby kołtunowej wszedł na forum europejskie. Skąd się wzięło zainteresowanie tą właśnie chorobą ze strony polskiej? Aby odpowiedzieć na to pytanie, trzeba sięgnąć do Odrodzenia, do dziejów mecenatu, który – co prawda – w Polsce nie rozwinął się obficie, miał wszakże chwalebny wyjątek. Był nim Jan Zamoyski (1542–1605), kanclerz wielki koronny i hetman wielki koronny, który w 1577 roku postanowił powołać w Krakowie Collegium Regium, polski „Collège Royal" na wzór paryskiego, a w nim poczesne miejsce miała zająć również medycyna. Genezy tego zamysłu trzeba szukać w latach studiów Zamoyskiego w Padwie, studiów głównie „artystycznych" i prawniczych, ale też

niepozbawionych wątków medycznych, zwłaszcza zainteresowań anatomicznych rozwijanych pod bokiem Gabriela Fallopiusza. To po jego śmierci wypadło Zamoyskiemu wygłosić żałobną mowę na cześć uczonego medyka. Stąd wysłannik królewski, wyjeżdżając do Włoch, wziął z sobą pisma do najwybitniejszych sław znanych Zamoyskiemu osobiście, a to do: Hieronima Mercurialisa, Hieronima Capevacciusa i Bernardina Paterny, z zachętą przyjazdu do Polski. Niestety odmówili.

Do realizacji światłego zamysłu w Krakowie nie doszło. Po śmierci Stefana Batorego, Zamoyski zniechęcony polityką Zygmunta III, postanowił podjąć swe zamiary u siebie w Zamościu. Tam, póki co, ściągnął ze Lwowa filologów, którzy – jak to bywało – zajmowali się medycyną. Wśród nich był znany nam z historii literatury polskiej Szymon Szymonowicz (Simonides; 1558–1629), który okazał się szczęśliwym praktykiem, chociaż historia medycyny o nim całkiem zapomniała. Ale trzeba było wykształcić własnego medyka i profesora Akademii. Wybór padł na Jana Ursinusa (Ursyna) Niedźwieckiego (ok. 1562–1613), niemłodego już, bo mającego ponad trzydzieści lat, też filologa, który wyruszył w 1599 roku do Padwy, by tam stać się uczniem najwybitniejszych ówczesnych sław medycznych.

Właśnie z pobytem Ursyna w Padwie wiąże się rzecz nas tu interesująca. Zamoyski nie tylko chciał, by mu wykształcono poleconego kandydata, ale pragnął zarazem nawiązać kontakt z ówczesnym, znanym mu środowiskiem uczonych. Co więcej, chciał, aby oni wiedzieli, że daleko od nich powstaje ośrodek wymiany myśli i dyskusji naukowej, ośrodek, który zainteresowany jest własnym i obcym środowiskiem oraz

niezbadaną, otaczającą go rzeczywistością. Podał im zatem do rozwiązania temat – zagadkę. Wybór padł na najmniej zdiagnozowaną i najmniej lekarsko opracowaną jednostkę chorobową. Cel był szlachetny: pomoc cierpiącym. Starnigel w imieniu Zamoyskiego wysłał (cytowany już) list, który uzupełnia wzruszającym wezwaniem:

> „Z tego już, dostojni Panowie, widzicie, jak potrzebna nam jest rada w tej sprawie i jakim dobrodziejstwem zobowiążecie sobie Królestwo Polskie jeśli bystrymi swymi umysły wynajdziecie jakiś doraźny środek zaradczy na tę jadowitą zarazę i przekażecie nam na piśmie”[10].

Ośmiu wybitnych medyków, m.in.: Hercules Saxonia, Horatius Augenius, Hieronim Fabricius ab Aquapendente, Antoni Niger i Aleksander Vigentia, przez okrągły tydzień rozgryzało problem. Rezultatem było kilka rozpraw, z których zachowały się dwie: G.Th. Minadousa, *De morbo cirrorum, sive de Helotide, quae Polonis Goździec, consultatio* (1599) oraz H. Saxonii, *De plica, quam Poloni Gwoździec, Roxolani Kołtunum vocant* (Padwa 1600).

Zdaniem Saxonii, kołtun występuje od dawna i nie tylko w Polsce. Przecież widywano go w Alzacji, Niemczech, Bryzgowii, nad Renem, w Szwajcarii, na Węgrzech. Dodać wypadnie, że sam Saxonia „urzynał” kołtuny i miał ich niezły zbiór. Ursyn widział to na własne oczy.

Ale poza rzeczowym traktowaniem przedmiotu nie brakło tam ukłonów wobec nowej uczelni, jej rektora i samego Ursyna. Łempicki, który zajął się mecenatem Zamoyskiego, a przy tym „umiędzynarodowieniem” choroby kołtunowej, pisał:

> „Znaczenie tego wystąpienia było dla Akademii hetmańskiej, mimo wszystko, niemałe. Obfite wzmianki Saxonii, Minadousa i innych – to pierwsze świadectwa wystawione Akademii Zamojskiej, iż godna jest

wstąpić w szranki z dobrze zasłużonymi wszechnicami Zachodu i Południa, to pasowanie jej na przedstawicielkę jednej i powszechnej nauki, bratającej ze sobą narody i kraje”[11].

I o to właśnie chodziło. A kołtun stał się tylko pretekstem do tego wystąpienia.

Inicjatywa zbadania choroby kołtunowej wyszła ze strony polskiej, z motywów, które powyżej przedstawiono, i przez dzieła wybitnych lekarzy padewskich została związana z Polską; obaj w tytule nawiązali do Polski, co sugerowało, jakoby kołtun tylko na ziemiach polskich obserwowano. Zaprzeczył temu sam Saxonia, a obfita literatura naukowa, jaka się potem pojawiła, to twierdzenie poparła. Kołtun był znany już w starożytności. Przecież głowa Meduzy to nic innego, jak głowa kobiety ze skołtunionymi warkoczami. Na 800 pozycji o kołtunie, które zebrał Dobrzycki, nie brakuje doniesień włoskich, holenderskich, niemieckich, szwajcarskich, a kołtun występuje nie tylko jako *plica polonica*, ale jako *plica judeorum*, nierzadko jako *plica germanica*, a także jako *plica quatuordecim pedum*, bo i u zwierząt był znany i to dość powszechnie. W tej postaci znalazł swój wyraz u Szekspira w I akcie *Romea i Julii*. Przywołany jest obraz królowej Mab, czyli zmory:

„Taką jest Mab: ona,
Ona to w nocy zlepia grzywy koniom,
I włos ich gładki w szpetne kudły zbija,
Które rozczesać niebezpiecznie; ona
Jest ową zmorą”.
Przekł. J. Paszkowski

Zainteresowanie kołtunem było w Polsce żywe. K. Najmanowicz, J.I. Petrycy, J. Mucharski i inni pisali o nim, ale największą literaturę „kołtunową" przysporzył wiek XIX. Stał się kołtun przedmiotem rozpraw doktorskich pisanych w Krakowie u Brodowicza (W. Tyrchowski), ale także dociekań polskich doktorantów na obcych uniwersytetach[12]. Najpoważniejsze dzieła zawierające owoc wieloletnich obserwacji wyszły spod pióra J. Oczapowskiego, J. Dietla i H. Dobrzyckiego[13].

Jak w ich obrazie wyglądał kołtun lub choroba kołtunowa? Zwróćmy uwagę na różnicę: kołtun jest zjawiskiem miejscowym, dotyczącym wyłącznie włosów, które się zwijają, by wytworzyć swoisty twór najczęściej na głowie, ale nie wyłącznie tam. Kołtun wszakże występuje zazwyczaj obok uogólnionej choroby, która w różnych opisach przedstawia się rozmaicie. Często wiąże się z objawami reumatycznymi (stąd uogólnione bóle stawów), ale też ze zmianami syfilitycznymi. Zrozumiała staje się więc obserwacja Najmanowicza (1610): *Plica affectus est non sporadicus, non endemicus, sed epidemicus*, bo kołtun mający niegdyś charakter endemiczny stawał się wraz z gwałtownym rozszerzaniem się kiły – epidemiczny. Zdaniem Dobrzyckiego, na Zachodzie zapuszczano przeciw kile kołtuny niby talizmany, „uważano bowiem czesanie włosów, czyszczenie głowy, pozbywanie się plątwy w przypadłościach tego rodzaju za wprost zabójcze".

Podobnego zdania był Dietl: kiła z jej bolesnymi objawami poczęła się szerzyć w Europie w XV wieku. Chorobę tę nazwano „gośćcem" lub kołtunem, i wtedy to lekarze, szukając ratunku, zwrócili się do Padwy. Gdy nauka rozpoznała kiłę, dnę i reumatyzm, „gościec" upadł. Pozostał tylko jako zabobon. I to

chłopski. Wieśniak wiązał go z „goździem", gościem, chorobą, która zagościła w ciele i przemieszcza się – stąd pojawiające się tu i ówdzie bóle. „Goździa" wędrującego po ciele człowieka należało zwabić do włosów, do kołtuna, a gdy się tam usadowił i „dojrzał", można go było bez szkody, a z pożytkiem dla zdrowia, odciąć.

Walka z zabobonem jest trudna. Przekonali się o tym wszyscy ci, którzy podjęli z nim walkę, z Dietlem na czele. Umysły światłe, zdające sobie sprawę z tych trudności, wychodziły tym chłopskim przekonaniom naprzeciw, wysuwając inny zabobon. Tak np. obcinanie kołtuna powinno mieć miejsce w listopadzie, wtedy gdy opadają liście. Albo, co sugerował kler, w czasie rezurekcji, gdy biją dzwony. Tak było w Kalwarii. Tak też w Krakowie zalecał J.A. Łopacki, archiprezbiter mariacki, ale i doktor medycyny: gdy w czasie procesji rezurekcyjnej obchodzono trzykrotnie kościół, było dość czasu, aby uporać się z niejednym kołtunem.

Badania Dobrzyckiego i Dietla sprawę kołtuna i choroby kołtunowej ostatecznie rozwiązały, ale tylko od strony naukowej. W społeczeństwie świadomość znaczenia zawiązującego się kołtuna w procesie zdrowienia i zagrożenie wynikające z jego przedwczesnego usunięcia przetrwało jeszcze całe dziesięciolecia.

Otóż mamy tego świadectwa.

Z rozważań lekarza (wrzesień 1956 r.):

> „Jesteśmy już w drugiej połowie XX wieku. Wieku elektryczności, energii atomowej, kina, telewizji.
>
> Jeszcze parę lat, a [...] zwalczymy definitywnie gruźlicę, raka, reumatyzm i choroby psychiczne. Ludzie będą żyli ponad 100 lat. [...]
>
> Przerwałem rozmyślania. Przyszła do mnie chora, wiejska kobiecina. Mówi, że ma bóle głowy. Że to i owo. Myślę sobie: wiek przejściowy czy

co? Badam, badam i... odkrywam: autentyczny kołtun! *Plica polonica* – psiakrew!

– Trzeba będzie ściąć włosy – mówię.

– Ściąć? O co to, to nie! Za nic w świecie! – mówi z mocą. – Nie zgodzę się. Jeszcze mnie pokręci. Był taki wypadek w naszej wsi”[14].

A jak to wyglądało w praktyce? Pielęgniarka pisze, że gdy chciała obciąć kołtun dziecku, matka zaprotestowała. Na naleganie pielęgniarki oświadczyła:

„Ale jak oślepnie mi ono, to pani zabierze je sobie na zawsze. – Obiecałam jej to. Matka wyszła, a ja zabrałam się do pracy przy dziecku. Po kąpieli nałożyłam na główkę opatrunek z maści tranowej i po kilku godzinach skorupa na głowie rozmiękła tak, że mogłam ostrożnie nożyczkami podcinać i zdejmować ten zropiały hełm. Na główce nie było kawałka zdrowej skóry. Matka zgłosiła się po 3 tygodniach i nie poznała dziecka. Było zdrowe, główka i buzia wygojona, oczy wesoło uśmiechnięte. Zapytałam matki, że może odda mi teraz dziecko na zawsze. Była bardzo skruszona”[15].

To są te bliskie naszym czasom świadectwa. Ale mamy też przekazy zdumiewające: usunięto, wbrew oporom, kołtun u konia, który następnie padł. Dlaczego? Tu czynnik psychologiczny, sugestia, która u człowieka odgrywa wielką rolę, odpada. Czy zatem wszystko już wiemy o chorobie kołtunowej? Czyż nie należy ona do tych jednostek chorobowych, które niegdyś istniały i bezpowrotnie zanikły?

Ale wróćmy do początkowego pytania: dlaczego kołtun jest polski? Odpowiedź: przez zbożny plan Zamoyskiego uwolnienia świata od nękającej go choroby. Dziś, gdyby problem AIDS rozwiązali polscy uczeni na polskich pacjentach, nie nazwano by go chorobą polską. Ale z kołtunem wyszło, jak wyszło. Pocieszmy się: kołtun jest tak polski, jak franca francuska. I tak już zostało.

Przypisy

[1] K. Chłędowski, *Siena*, PIW, Warszawa 1960, s. 57.

[2] H. Barycz, *Osobliwe wydarzenie u grobu św. Antoniego w Padwie w r. 1350*, „Rocznik Komisji Historycznoliterackiej" 1987, t. XXIV, s. 41.

[3] A. France, *Tais*, przekł. J. Sten, Czytelnik, Warszawa 1957, s. 7.

[4] Tamże, s. 8.

[5] Tamże, s. 11.

[6] W. Półtawska, *Na antypodach człowieczeństwa – pornokultura*, [w:] *W stronę życia*, red. M. Renkielska, Kielce 1996, s. 137.

[7] G. Flaubert, *Kuszenie świętego Antoniego*, tłum. A. Lange, Polskie Tow. Nakł., Lwów 1907.

[8] T. Chylińska, S. Haraschin, B. Schäffer, *Przewodnik koncertowy*, PWM, Kraków 1965, s. 316.

[9] S. Łempicki, *Jan Zamoyski protektor medycyny i medyków*, Altenberg, Lwów 1921, s. 42.

[10] Tamże, s. 43.

[11] Tamże, s. 50.

[12] W. Tyrchowski, *De Trichomate*, Cracoviae 1844; A. Kozubowski, *De ulceribus plicosis*, Wirceburgi 1833; J.G. Kuchcieński, *De plica polonica*, Landishuti 1818; W. Szklarski, *De trichomate*, Berlin 1823.

[13] J. Oczapowski, *Praktyczny wykład chorób kołtunowych ze względu na ich przyczyny, naturę, bieg, przesilenie, wady organiczne i nowe zasady leczenia*, Warszawa 1839; J. Dietl, *Kołtun. Sprawozdanie Komisyi w Towarzystwie Naukowym Krakowskim zawiązanej w celu zbadania choroby kołtunem zwanej*, Kraków 1862; H. Dobrzycki, *O kołtunie pospolicie „plica polonica" zwanym*, Warszawa 1877.

[14] W. Nasiłowski, *Chirurgia twoich marzeń*, [w:] *Pamiętniki chirurgów*, pr. zbior., Czytelnik, Warszawa 1972, s. 193.

[15] R. Strokowska, *Siostra instrumentariuszka*, [w:] *Wspomnienia pielęgniarek*, red. I. Brzozowska, H. Stefańska, St. Rybicki, PZWL, Warszawa 1962, s. 14.

Wirus i prezerwatywa

Kampania rozdawania prezerwatyw owocuje, wbrew pozorom, lawinami nowych zakażeń HIV. Pokazuje to przykład państw afrykańskich. Dzieje się tak, bo prezerwatywa tylko czterokrotnie zmniejsza ryzyko zakażenia, ale tego ryzyka nie likwiduje. Wystarczy odpowiednio więcej stosunków, żeby do zakażenia i tak doszło. A pozamałżeńskich stosunków po promocjach prezerwatyw zawsze jest więcej. Rozdawanie prezerwatyw okazywało się więc jak dotąd skuteczne tylko dla zwiększenia rozwiązłości seksualnej. Natomiast w Ugandzie, gdzie na przełomie lat 80. i 90. było najwięcej na świecie zakażonych HIV, poprawę przyniósł rządowy program podkreślający wartość wierności jednemu partnerowi lub abstynencji seksualnej. Efekt? Trudny do przełknięcia dla zwolenników politycznej poprawności: odsetek matek w ciąży, zakażonych HIV, spadł z 21,6 proc. w 1991 r. do 6,1 proc. w roku 2000.

„Gość Niedzielny” 2009, nr 26, s. 33

XI. Odrodzenie

Upadek Konstantynopola po najeździe Turków w 1453 roku stał się kresem cesarstwa bizantyńskiego. Wychodźcy, a wśród nich uczeni, którzy opuścili to miasto i ten kraj, znaleźli się na terenie Italii. Wraz z zasobnymi bibliotekami przynieśli z sobą wiedzę o starożytnym świecie i to wiedzę z pierwszej ręki. A zatem już nie z tłumaczeń, z wątpliwej wartości komentarzy, ale z dostępnych oryginałów. Przynosili bowiem z sobą znajomość greki, dotąd tu słabo znanej. Powstawać poczęły kręgi ludzi oddających się studiom literatury klasycznej zarówno greckiej, jak i łacińskiej. Nazwali się humanistami od słowa *homo*, czyli człowiek, który staje się centrum zainteresowania (jakby średniowiecze nie pamiętało o człowieku chorym i ubogim!) i od czasownika *humono* – staję się człowiekiem, bo bez wysiłku umysłowego człowiek nie rozwinie w pełni swego człowieczeństwa.

Lekcja anatomii doktora Tulpa
Rembrandt van Rijn.

Od słowa *humanus* powstały dwa pojęcia:

– humanitaryzm, który odnosi się do wartości etycznych i apeluje do serca człowieka oraz

– humanizm odnoszący się do wartości intelektualnych, zatem do umysłu. Studia filozoficzne, zwane sztukami wyzwolonymi (*artes liberales*), nazwano *humaniora*, bo jakby ludzi czyniły bardziej ludzkimi. Znajdzie to sformułowanie w dumnej sentencji Terencjusza:

Homo sum, humani nihil alienum a me esse puto (Jestem człowiekiem i nic, co ludzkie, nie jest mi obce).

Ludzie pozbawieni znajomości rzeczy zwulgaryzowali to pojęcie i odnieśli je do innej, bardzo odległej od intelektualnej strefy ludzkiego działania. To błąd. Stajemy się ludźmi przez obcowanie z literaturą, sztuką, przez refleksję religijno-filozoficzną, tak jak było to realizowane w renesansie. O tym myślał człowiek renesansu, pisząc na portalu swego domu w Krakowie: *Procul este prophani* – czyli: nie wchodźcie tu profani (czytaj: prostaczkowie bez humanistycznej ogłady).

1. Sillogisant non curant

Ale sposób myślenia też się zmienił. W średniowieczu, aby dać czemuś wiarę, wystarczyło poprawne myślenie, tzn. jeśli jakaś przemyślana rzecz układała się w logiczną całość, tym samym była godna wiary. W Odrodzeniu w miejsce spekulacji weszła obserwacja – co prawda wolno i z trudem. Ale lekarze pozostali wierni logicznemu myśleniu. Dlatego Petrarka, nie bez racji, szydził z nich: *Sillogisant non curant* – Układają sylogizmy; nie leczą.

Co to jest sylogizm? „Sylogizm jest to schemat wnioskowania logicznego, w którym występują dwie przesłanki i konkluzja – jeżeli obydwie przesłanki są prawdziwe, to prawdziwa jest również konkluzja". Tak brzmi oficjalna, encyklopedyczna definicja. Ale do

czego można doprowadzić, posługując się rzekomo logicznym myśleniem, pokażemy na przykładzie żartobliwego sylogizmu, który powstał w krakowskim świecie bibliofilskim:

Qui bibit dormit bene, Kto pije śpi dobrze,

Qui dormit bene non peccavit Kto śpi dobrze nie grzeszy,

Qui non peccavit – sanctus est Kto nie grzeszy – jest świętym

Ergo – bibimus! Zatem – pijmy!

Przerażenie ogarnia na myśl, że ktoś mógłby wziąć podobne rozumowanie na serio i to w przypadkach daleko poważniejszych. A przypuszczalnie niejednokrotnie tak było.

Zdawałoby się, że rozumowanie oparte wyłącznie na przesłankach teoretycznych należy w medycynie już całkowicie do przeszłości. Tymczasem, nie! Prof. Zbigniew Szawarski, którego cenię jako filozofa za jego zainteresowanie medycyną i za jego popularną książkę o etyce[1] (spróbujcie pisać równie prosto o tak skomplikowanych sprawach), wydał kiedyś rozprawę na temat wartości życia[2]. Własne przemyślenia poprzedził zbiorem wypowiedzi różnych autorów na ten temat. Gwoli refleksji, przytoczę niektóre z nich.

„Życie ludzkie ma wartość przez to, iż człowiek jest osobą". Idąc za Johnem Lockiem, za osobę uważa się „istotę myślącą i inteligentną, obdarzoną rozumem i zdolnością refleksji, istotę, która może siebie ujmować myślą jako samą siebie". Zdaniem autora, do tego zdolne są niektóre zwierzęta. Natomiast „istnieją bez wątpienia takie egzemplarze gatunku *homo sapiens*, które na pewno nie myślą i nie są świadome samych siebie". Chodzi o ludzi pogrążonych w śpiączce, ludzi starych z rozpadem funkcji psychicznych, ale również noworodki. Przy tym założeniu życie

szympansa staje się cenniejsze od życia dogorywającego geniusza, matki wielodzietnej rodziny czy choćby profesora filozofii.

> „Życie ludzkie ma wartość przez to, iż człowiek zdolny jest doświadczać określonych wrażeń zmysłowych". A jeśli tak, to „nie jest moralnie zła eutanazja ani też przerywanie ciąży (przynajmniej we wczesnych stadiach rozwoju płodu, gdy nie wykształcił się w nim wrażliwy na bodźce zmysłowe system nerwowy)".

„Życie ludzkie ma wartość przez to, że człowiek jest jedyną istotą, która myśli, czuje i zarazem pragnie żyć". Ale jeśli tak, to skoro „zwierzęta niższe, płody ludzkie, a nawet nowo narodzone dzieci nie żywią żadnych pragnień, nie ma zatem żadnych podstaw, aby przypisywać im jakiekolwiek prawo do życia i traktować zabicie ich jako czyn moralnie zły".

To ostatnie zdanie należy do australijskiego filozofa Petera Singera, którego poglądy tak zbulwersowały Niemców, że odwołali wszystkie jego wykłady.

I jeszcze własne przemyślenia Szawarskiego z tejże książki:

> „Kiedy więc człowiek będący podmiotem własnego życia dojdzie do wniosku, że jest ono dlań raczej gorsze niż lepsze, nie ma – jak się wydaje – powodu, żeby uporczywie się go trzymał. Samobójstwo nie byłoby więc w pewnych sytuacjach moralnie złe. Nie wydaje się też, aby na gruncie tej koncepcji należało potępić zabijanie istot ludzkich, które nie stały się jeszcze, nie są, bądź też przestały już być podmiotem życia, które mogłoby dla nich być gorsze lub lepsze".

Już ta skromna próbka filozoficznego rozumowania w odniesieniu do życia wystarczy, by wprowadzić lekarza w szok. Przygotowywany jest latami do niesienia pomocy w zagrożeniu życia, do ratowania chorego etc. I tego wymaga od niego społeczeństwo. Jeśli lekarz dyżurny na czas nie zejdzie do izby

przyjęć i pacjent umrze, jest szykanowany przez prasę, radio i telewizję. Jeśli nie uda mu się reanimować chorego w wypadku ulicznym, gęsto musi się tłumaczyć, i to nie tylko przed własnym sumieniem. Boże broń, gdy chory umrze w szpitalu, zwłaszcza na stole operacyjnym. Ile problemów! A tu tymczasem, siedząc przy biurku, można sprawy życia i śmierci rozstrzygać: raz tak, raz inaczej. Co o tym ma sądzić lekarz?

Trzeba byłoby być równie dobrze, jak autorzy tych wypowiedzi, przygotowanym filozoficznie, aby potwierdzić lub zanegować poprawność logicznego rozumowania. Na to lekarza nie stać. Na szczęście, bowiem odbiłoby się to na poziomie jego wykształcenia zawodowego, a co gorsze na sposobie jego postępowania. To nie znaczy, że ma być istotą bezmyślną. Z pomocą przychodzi mu codzienna praktyka i doświadczenie, jakie ma za sobą medycyna. Na stany zagrożenia noworodków odpowiedziała powołaniem neonatologii, na choroby wieku starczego – geriatrii, na utratę sensu życia – logoterapii, dla przeciwdziałania samobójstwom – suicydologii, dla stanów terminalnych powołała opiekę paliatywną i hospicja. Zdawać się może, że każda ludzka nędza znajduje odzwierciedlenie w medycynie. Jak widać, medycy nie odnoszą się obojętnie do problemów zdrowia i życia ludzkiego. Gdyby się poważnie przejąć tym, co nam podsuwają filozofowie, należałoby zakwestionować celowość powoływania coraz to nowych specjalności i wszelki trud włożony w ratowanie życia ludzkiego. Należałoby poważnie zastanowić się, czy medycyna jest naprawdę ludzkości potrzebna.

Albo sprawa przerywania ciąży. Dozwolona lub niedozwolona w zależności od tego, co filozofowi wyniknie z jego rozumowania.

Tymczasem wyłania się pytanie: czy można i kiedy można zabić życie? Jedząc schabowego, kurę w rosole, wędzonego łososia aprobujemy zabijanie. Czy człowieka, na każdym etapie jego rozwoju, można postawić na równi z wołem, kurą i rybą? Nadto lekarz wie, jak groźny jest to zabieg dla zdrowia i życia kobiety, jaki okrutny w skutkach psychicznych (syndrom postaborcyjny). Niektóre kobiety nie potrafią uporać się z tym problemem do śmierci. Czy można w rozumowaniu pominąć tak niebagatelny moment?

Albert Schweitzer, który jak na lekarza praktyka przystało, tych problemów nie roztrząsał wyłącznie teoretycznie, lecz w wieloletnich zmaganiach o człowieka udowodnił swą miłość bliźniego, pozostawił nam w testamencie „Szacunek dla życia". Jego program etyczny i filozofia życia zamykały się w wartych przypomnienia słowach: „Jestem życiem, które pragnie żyć, pośród życia, które pragnie żyć. Utrzymać życie i działać na korzyść życia – oto co jest dobre; niszczyć życie i ograniczać życie – oto co jest złe".

Istnieje odpowiedzialność za słowo. Są lekarze, którzy w tych stwierdzeniach filozoficznych znajdują usprawiedliwienie dla swego postępowania, chociaż z dotychczasowymi wzorami etyki lekarskiej nie mają one nic wspólnego. Wypowiedziane kiedyś nieopatrznie sądy na temat eutanazji stały się już dziś w Holandii rzeczywistością; wprowadzono tam legalizację eutanazji. Pacjenci w stanach zagrożenia życia uciekają do pobliskiej Belgii. Nieźle się rozprawił z tymi problemami lekarz praktyk H.P. Dunn w książce o etyce dla lekarzy, pielęgniarek i pacjentów[3]. O tych problemach

możemy też przeczytać w osobistych refleksjach Ryszarda Fenigsena *Przysięga Hipokratesa*.

Lekarzom filozofia jest potrzebna, tylko jak to wygląda w praktyce? W telewizyjnej dyskusji na temat eutanazji pewien warszawski filozof zżymał się na lekarzy, którzy pozwolili dożyć ostatnich chwil jego nieludzko cierpiącemu szwagrowi. Nie przyszło na myśl filozofowi, by samemu skrócić mu życie, a tym samym cierpienie. Dlaczego? Bo od tego są lekarze? Tymczasem nie bez powodu J. Jurkiewicz zapytuje: „Dlaczego ma to robić lekarz?".

> „Skoro nikomu normalnemu nie przychodzi do głowy angażować strażaka do rozniecania pożarów ani ratownika do topienia tonących, to dlaczego przyjmuje się możliwość zabijania przez lekarza nie narodzonych dzieci i skracania życia cierpiącym i nieuleczalnie chorym?"[4].

Inny przykład: dyskusja w telewizyjnym „Pulsie" na temat przeszczepów. Wśród uczestników znajduje się ksiądz z przeszczepionym sercem. Wyłania się problem prawnej strony transplantacji: czy dawca wyraził zgodę na przeszczep narządu? Dawcą był młody człowiek, który zginął w wypadku motocyklowym. Kiedy miał wyrazić zgodę? Prawniczka mówi o domniemanym przyzwoleniu na przeszczep, co od strony prawnej wystarcza. Filozof z KUL-u, etyk, kwestionuje: jego zdaniem argumentacja prawnicza jest niedostateczna. Jak wybrnąć z tego dylematu? Pozostaje goły fakt: wzięcie cudzej własności bez zgody właściciela jest kradzieżą. Tak więc ksiądz z cudzym sercem jest złodziejem. Kiedy pójdzie do spowiedzi, każą mu oddać. Jak on to zrobi? Pewnie zwali winę na lekarzy. Mamy zatem złodzieja i paserów. Tak oto wygląda owoc działalności lekarskiej w oczach

filozofa. Gdyby ich słuchać, transplantologia nie zrobiłaby pierwszego kroku.

Nie o takiej filozofii myślał Hipokrates, namawiając lekarzy do jej uprawiania, i nie po to medycy zapraszają filozofów do współpracy, by popisywali się sprawnością swojego rozumowania, lecz żeby służyli radą. *Sillogisant non curant.*

Takich przykładów można znaleźć więcej. Potwierdza się, że dobry historyk – to dobry historyk, ale przydatny jest historyk lekarz. Tak i tu: dobry filozof to dobry filozof, ale przydatny dla medycyny to filozof – lekarz.

2. A co w medycynie praktycznej?

W medycynie długo jeszcze było bez zmian. Czytało się starożytnych, tłumaczyło się ich na nowy sposób, opatrywało nowymi komentarzami. Ale treść była stara. Owszem, zachwyt nad łaciną klasyczną nie omijał lekarzy. Czytali teraz teksty w oryginale, do własnych tekstów medycznych wprowadzali łacinę klasyczną, stając się lekarzami-filologami. Curtius z Bolonii z dumą mówił o sobie: *Ego non sum anatomista!* Był znawcą języka i tekstów antycznych. Vesalius stał się w łacinie purystą. Sylvius zajął się terminologią grecką. Erazm z Rotterdamu tłumaczył Galena[5].

Lekarze polscy też nie pozostali w tyle. Lekarz i grecysta Józef Tectander z Krakowa tłumaczył w Padwie *ad hoc*, dopiero co

odnalezione dzieło Galena *De venae sectione*. Słuchaczem J.B. de Montego, przedstawiciela włoskiej medycyny filologicznej, był Walenty z Lublina, który wydał wykłady mistrza drukiem. W Wenecji opublikował dwie rozprawy o medycynie Hipokratesa Wojciech Szeliga, a w Polsce w Krakowie ukazały się dzieła wybitnego hipokratyka Piotra Wedelickiego z Obornik.

Pojawiły się próby wprowadzenia języków narodowych. U nas Sebastian Petrycy przyswoił Polakom Arystotelesa, a Wojciech Oczko napisał o syfilisie całą książkę i zatytułował ją *Przymiot*, drugą *Cieplice* poświęcił balneologii.

Z nadejściem nowej ery upadła próba powiązania antycznej myśli z metodą scholastyczną, wzrosła natomiast samoświadomość w obliczu oczywistych błędów autorów antycznych. Ale to wszystko postępowało wolno.

Przypisy

[1] Z. Szawarski, *Rozmowy o etyce*, WSiP, Warszawa 1987.

[2] Z. Szawarski, *Wartość życia*, „Etyka" 1984, z. 21, s. 41.

[3] H.P. Dunn, *Etyka dla lekarzy, pielęgniarek i pacjentów*, Biblos, Tarnów 1997.

[4] J. Jurkiewicz, *Dlaczego ma to robić lekarz?*, „Gazeta Lekarska" 2001, nr 123.

[5] R. Schmitz, G. Keil, *Vorwort*, Acta Humaniora, Mitteilung XI Humanismus und Medizin, Weinheim 1984.

Jak Dekalog jest moralnością dla wszystkich,

tak filozofia jest mądrością dla wszystkich,

drogą, która otwiera okna ku innym,
bardziej tajemniczym i o wiele
głębszym sferom rzeczywistości.
Każdy człowiek – i to bez wyjątku – jest powołany
do poszukiwania odpowiedzi na pytania:
kim jestem? jaki jest cel mego życia i mej działalności?
Każdy skazany jest na szukanie tych odpowiedzi we własny sposób
i w zakresie uzależnionym od poziomu
własnego wykształcenia i kultury.
Każdy jest więc skazany na filozofię: naukową lub przednaukową.
Każdy jest skazany na uprawianie mądrości,
bo filozofia jest właśnie owocem mądrości.

Stefan Świeżawski, *Alfabet duchowy*, Znak, Kraków 2004, s. 33

XII. Rozwój anatomii

1. Odkrycia anatomiczne

Drogę do rozwoju medycyny nowożytnej otworzyło poznanie budowy ciała. Doszło do tego dopiero w renesansie. Ponieważ nastąpiło to w Europie, medycyna europejska wyprzedziła medycynę innych kultur, zwłaszcza w zakresie chirurgii. Dlaczego tak późno i dlaczego właśnie wtedy?

Do tamtych czasów niewiele wiedziano o budowie ciała ludzkiego. Człowiek pierwotny polował, zabijał zwierzęta i patroszył je. Obserwując ich wnętrzności, przenosił wyobrażenie na siebie. Znał też bicie swego serca, oddech, funkcje przewodu pokarmowego, takie jak u zwierząt. O resztę nie pytał. U Greków już w VI wieku przed Chr. można odnotować zainteresowania anatomią. Sporo uwagi poświęcił anatomii zwierząt Arystoteles, stając się ojcem anatomii porównawczej. Ale nie dotyczyło to człowieka. Z Aleksandrii znamy nazwiska dwóch, żyjących w III

wieku wybitnych anatomów: Herofilos i Erasistratos. Ale po upadku Aleksandrii ich szkoła nie rozwinęła się. Jedynie od chirurgów można było wymagać jakiej takiej znajomości anatomii, zwłaszcza anatomii kostnej. Przy licznych wojnach prowadzonych przez Greków o urazy nie było trudno, nie było też trudno o materiał kostny. Lekarzom dobra znajomość anatomii nie była potrzebna, bo medycyna grecka z jej koncepcją zdrowia i choroby nie wymagała takowej znajomości; to co o narządach ludzkich wiedziano służyło do snucia domysłów o ich roli w organizmie; próbkę mieliśmy przy opisie roli cieczy ustrojowych – humorów. Była to zatem anatomia spekulatywna. Do anatomii opisowej droga była jeszcze daleka. Dopiero Galen przysporzył medycynie więcej wiadomości anatomicznych, ale to będzie dopiero w II wieku. To co on napisał wystarczyło na długie wieki, na całe średniowiecze. Co gorsze, uznano jego nieomylność (jak wszystkich starożytnych) i w ten sposób autorytet Galena położył tamę dla rozwoju anatomii.

Powróćmy do pytania: dlaczego anatomia rozwinęła się tak późno? U różnych ludów w różnym nasileniu, ale zawsze występowały trzy zasadnicze przeszkody utrudniające wdarcie się do wnętrza ciała ludzkiego natury: estetycznej, etycznej i religijnej.

Nie tylko u ludów prymitywnych, ale u wszystkich ludów Południa, zatem tam, gdzie rodziła się nasza kultura, zwłoki rozkładają się niezwykle szybko. Wynikające stąd zmiany gnilne oraz powstający odór nakazywały natychmiast pochować zmarłego lub go spalić. W Egipcie, w którym rozwinęła się sztuka mumifikacji, egzenteracji (wybebeszenia) dokonywali najbardziej prymitywni rzemieślnicy, zainteresowani możliwie szybkim zakończeniem procederu i wypłatą, a nie wnikaniem w budowę

i funkcje wyjmowanych narządów. Za to pozorne bezczeszczenie ciała byli symbolicznie karani. Było to konieczne, bowiem we wszystkich kulturach, poczynając od ludów pierwotnych, widoczny jest szacunek dla zmarłych. I to się ciągnie przez wieki. Przeciwnika można w walce zranić, a nawet zabić, ale jego zwłoki należy pochować; zwłoki to „sam" człowiek. Z pierwszych wersów *Iliady* dowiadujemy się, że gniew Achillesa był przyczyną klęsk, i stąd:

> „Mnóstwo dusz mężnych wcześnie wtrącił do Erebu
> A na pastwę dał sępom i psom bez pogrzebu
> Walające się trupy rycerskie wśród pola [...].

Achilles pastwi się pod Troją nad zwłokami Hektora:

> Znowu zaprzęga bystre konie i powrozem
> Uwiązawszy trup nagi Hektora za wozem,
> Zajadły, trzykroć włóczy przy Patrokla grobie..."[1].

Ale potem skruszony oddaje zwłoki ojcu Hektora, Priamowi. Jak zauważył T. Sinko:

> „I na tym epopeja mogłaby się skończyć, gdyby poeta chciał był poprzestać na ukazaniu Achillesa, który dopiero co pastwił się nad zwłokami Hektora (a zwłoki to »sam« człowiek), jako zwycięskiego mściciela przyjaciela, a nie jako człowieka zwyciężającego samego siebie"[2].

Stąd też wynika znany nam wszystkim problem Antygony. W tragedii Sofoklesa Kreon rozkazał

> „ [...] aby Polinika
> Nieszczęsne zwłoki bez czci pozostały,
> By nikt ich płakać, nikt grześć się nie ważył,
> Mają więc leżeć bez łez i bez grobu
> Na pastwę ptakom żarłocznym i strawę

[...] a ja brata

Pogrzebię sama, potem zginę z chlubą.

[...] tymczasem

Ty tu znieważaj święte prawa bogów".

Antygona I, 25–29; 70; 75, przekł. K. Morawski

Ale to nie jest tylko motyw antycznej literatury. Odezwał się on w realiach II wojny światowej. Rzecz działa się we Włoszech. Opisuje Gustaw Herling-Grudziński:

> „Zabitego w domu chłopskim niemieckiego oficera pochowała tutejsza chłopka. Po wielu latach rodzina tego oficera, bogata rodzina niemiecka, zjawiła się po zwłoki swojego krewnego i chciała w jakiś sposób wynagrodzić tej kobiecie jej czyn. Chłopka schowała ręce za siebie i powiedziała: »Io sono una Cristiana« [Jestem chrześcijanką]. [...] Ta samotna kobieta krzątała się w swojej zagrodzie i wiedziała, że o parę metrów dalej leży oficer niemiecki, któremu ona oddała ostatnią posługę. To było to maleńkie światełko w ciemnościach jej bardzo trudnego i mozolnego życia. Ona nie chciała tego oddać za żadne pieniądze"[3].

Pisarz komentuje: „Ludzie są w końcu tacy sami i tak samo reagują. Ona była małą wiejską Antygoną. To są opowiadania, w których w pospolitej rzeczywistości doszukuję się mitów, które są niezniszczalne".

Dopiero w tym kontekście, jeśli się zważy, jak głęboko w psychice i tradycji ludzkiej tkwi szacunek dla zwłok, zrozumieć będzie można to ogromne opóźnienie w badaniu ludzkiego ciała, które umożliwiło rozwój anatomii, a z nią rozkwit medycyny europejskiej.

W średniowieczu czasem ćwiartowano zwłoki złoczyńców lub domniemanych złoczyńców, jak w naszej historii ciało św.

Stanisława. Było to świadome zaprzeczenie pierwotnej, bardzo głęboko tkwiącej w ludzkim sercu zasadzie moralnej. Tej zasadzie religia nadała odpowiedni charakter poparty ceremoniałem i rytem pogrzebowym. Ciało jest mieszkaniem duszy. Stąd się wzięły opory przed sekcjonowaniem nie tylko u chrześcijan, ale u żydów i mahometan również.

Ale w miarę rozwoju uniwersytetów (jak w Bolonii i Paryżu), zatem już w XIV wieku, coraz bardziej wyłaniała się potrzeba wniknięcia we wnętrze ciała ludzkiego. Ubój zwierząt, któremu towarzyszyła demonstracja wnętrzności z odpowiednim komentarzem starożytnych autorów, już nie wystarczał. Książęta i papieże coraz częściej przyzwalali na sekcje. Zrazu dotyczyły one skazańców, później wędrowców, ściślej wagabundów pozbawionych krewnych i sąsiadów. Znaczy to, że liczono się również z uczuciami ludzi pozostających przy życiu. Rozwój anatomii przyhamowany został bullą *De Sepulutis* Bonifacego VIII z 1300 roku. Dotyczyła ona w zasadzie praktyk, które pojawiły się w czasie wypraw krzyżowych: ciało zmarłego pozbawiano wnętrzności, a następnie pozostałości gotowano, aby uwolnić zwłoki od części miękkich; dopiero kości odsyłano do Europy, by mogły spocząć w ojczystej ziemi zmarłego. Wobec zaniku sztuki balsamowania było to jedyne rozwiązanie. Nosiło nazwę: *excarnatio*. I przeciw niemu była skierowana bulla papieska, co niepotrzebnie odniesiono do sekcjonowania w ogóle.

Mimo tych trudności ujawniająca się przez sekcjonowanie droga do poznania budowy ciała ludzkiego powoli się otwierała. Mieli w tym swój przemożny udział malarze, zwłaszcza malarze florenccy. Odrodzenie przyniosło nie tylko zachwyt nad myślą

starożytnych, ale również nad pięknem ich sztuki. Potrzeba coraz większego doskonalenia się w malarstwie i rzeźbie zmuszała do poznania budowy ciała ludzkiego: co je kształtuje i co stanowi o jego ruchu. Wymagało to odsłonięcia mięśni, a to możliwe było tylko na zwłokach. Odtąd zaczęły się pojawiać nie tylko ryciny, ale i preparaty naturalne z zachowaniem układu mięśniowego, bądź też figurki postaci pozbawionych skóry (tzw. *ecorche*) służące plastykom do studiów anatomicznych. Ta symbioza sztuki z medycyną przez wspólne zainteresowania anatomiczne przetrwała do ostatnich czasów: studenci szkół plastycznych uczą się anatomii. W osobie św. Łukasza Ewangelisty lekarze i malarze mają wspólnego patrona.

Oryginalne badania na zwłokach prowadziło wielu artystów. Tak czynił Antonio Pollaiuolo, Michał Anioł współpracował z anatomem Renaldo Colombo, a Benvenuto Cellini preparował u Berengara de Capri. Tym śladem szedł też Leonardo da Vinci. Da Vinci był nie tylko malarzem, ale też uczonym. Dlatego jego czynne wkroczenie w ciało ludzkie stanowi pierwszy, a zarazem milowy krok w nowoczesną anatomię. Ale aby docenić jego znaczenie, należy spojrzeć, na jakim tle występują jego i późniejszych anatomów osiągnięcia. Serie trzech lub pięciu rycin, jakie pojawiają się w iluminowanych kodeksach późnego średniowiecza, obrazują na poły fantastyczny układ kości, naczyń, nerwów; nijak się ma to do rzeczywistości, ukrytej przed okiem samego anatoma. A opis anatomiczny – jakże jest uproszczony i zadowalający się najprostszym wyjaśnieniem, jak u starożytnych. Oto próbka tekstu włoskiego chirurga Alessandro Benedettiego (ok. 1460–1512),

powstała niewiele lat przed przełomowymi faktami, które będziemy opisywać.

> „Ciało ludzkie zostało stworzone ze względu na duszę; człowiek jako jedyny spośród zwierząt ma postać wyprostowaną, aby jego oczy mogły łatwiej wznosić się do nieba, co podoba się Bogu i sprzyja rozumowi. [...] Poszczególne części ciała istnieją po to, aby mogły wypełniać swe zadania i czynności [...]. Człowiekowi, jako najbardziej przewidującemu ze wszystkich stworzeń, natura dała ramiona i ręce i dłonie, aby mógł z ich pomocą wykonywać rozliczne czynności. Oczy, które się znajdują w górnej części głowy, są strażnikami ciała; uszy posterunkami podsłuchowymi. Głowa dla ochrony przed upałami i zimnem jest pokryta włosami. Brwi chronią oczy przed zalaniem potem, rzęsy chronią przed wszystkim co mogłoby wpaść do oka. Nos służy do oddychania i oceny jedzenia zanim włoży się do ust. Kości policzkowe wystają, by chronić oczy. Warg potrzebujemy do mówienia i dla ochrony zębów. Szyja utrzymuje głowę prosto i pozwala jej się obracać i skłaniać; z tego powodu składa się z wielu kręgów. Klatka piersiowa zbudowana jest z wielu żeber, które stanowią niejaką ochronę dla serca; przy tym umożliwiają oddychanie, co byłoby o wiele trudniejsze, gdyby klatka piersiowa składała się z jednej litej kości. Odpowiednio możemy to samo powiedzieć o kręgosłupie. Żołądek natomiast nie jest zbudowany z kości i dlatego zdolny jest do przyjmowania pokarmów; ponadto w przeciwnym razie uciskałby macicę. Miednica zbudowana jest z kości, która obejmuje nasze wnętrzności, a u kobiet, które poczęły, umożliwia utrzymanie dziecka”[4].

Podobne słowa przeczytać możemy u naszego Andrzeja Glabera z Kobylina:

> „Czemu około ust są wargi? Odpowiedź: dla zakrycia zębów, aby człowiek zębami nie świecił, bowiem by to było szpetnie; też dlatego, iż zęby są zimnego przyrodzenia, aby ich wiatr nie tak rychło mógł obrazić przed wargami, też dla dostatecznej mowy, gdyż niektóre słowa wargami zamykamy; albo też, aby one, usta zatwarzając, powściągały człowieka od zbytniej mowy.

> Czemu człowiek nie ma kopyt jako insze bydło? Odpowiedź: kopyta dane bydłu ku obronie, ale człowiek ma ręce, którymi się broni, przeto kopyt nie potrzebuje ani też paznogtów długich dla drapania w obronie, gdyż to jemu nie przyrodzono".

Dzieło Glabera wyszło w 1535 r. pod niezwykle skomplikowanym tytułem: *Problemata Aristotelis, gadki z pisma wielkiego filozofa Aristotela i też inszych mędrców tak przyrodzonej, jak i lekarskiej nauki z pilnością wybrane, pytanie rozmaite o składności człowieczych członków rozwiązujące, ku biegłości rozmowy ludzkiej tak rozkoszne, jako i pożyteczne.*

I. Chrzanowski to komentuje: „Oprócz tytułu książka nie ma nic wspólnego z Arystotelesem: jest to owoc mądrości średniowiecznej". Bo tak też było. Wkrótce miały przyjść zmiany.

Wróćmy do osiągnięć Leonarda da Vinci w zakresie anatomii. Punktem wyjścia jego zainteresowań anatomią była na pewno sztuka. Ale nie zapominajmy o dociekliwości jego umysłu, o szerokich zainteresowaniach naukami przyrodniczymi. Stąd nie zaskoczy nas fakt, że jego badania poszły daleko w głąb ciała ludzkiego i pozostawiły obfitą dokumentację w postaci rycin i opisów, będących próbą powiązania dostrzeganych zjawisk w logiczną całość. Kazimierz Kostanecki, który jako anatom zgłębiał działalność Leonarda na tym polu, napisał:

> „Mamy we wszystkich działach mnóstwo niezmiernie cennych, zadziwiających na owe czasy uwag, czy to przy omawianiu znaczenia szkieletu dla organizmu, przy mechanice stawów, czy przy tłumaczeniu działania mięśni wedle praw dźwigni. Przy przewodzie pokarmowym bada ruch jelit, wymianę materii. Przy narządzie oddechowym uwzględnia mechanikę oddychania, działanie mięśni wdechowych i wydechowych, omawia funkcję krtani, pisze o głosie, o szepcie (*voce senza sono*), omawia ruchy warg, języka przy wymawianiu zgłosek itp.

> Uwagi jego o systemie nerwowym, o znaczeniu ośrodków nerwowych, o nerwach obwodowych, ruchowych i czuciowych, o odruchach, o zmysłach czytają się nieraz jak fizjologiczny wstęp do psychologii”[5].

Wiele wskazuje na to, że Leonardo miał zamiar wydać atlas anatomiczny wspólnie z włoskim anatomem Markiem Antonio della Torre (1481–1511), czemu stanęła na przeszkodzie nagła śmierć anatoma z powodu dżumy. Zainteresowania Leonarda anatomią trwały jednak przez całe życie.

Chociaż w swej genialności Leonardo nie ustrzegł się błędów, co mu wytknięto, przyznano, że stał się twórcą przyrodniczego rysunku anatomicznego. Tak na ten temat pisze S. Braunfels-Esche: „Seria rycin tej samej części ciała widzianej pod różnym kątem, później również serie wzajemnie z sobą logicznie powiązanych rysunków ruchu, były w swej dokładności i doskonałości czymś zupełnie nowym”[6]. Leonardo posłużył się przekrojami (podłużne, poprzeczne i skośne) przez narządy, kości i jamy ciała, co dla anatomii topograficznej miało niezwykłe znaczenie, oraz schematami, które ułatwiały zrozumienie trudniejszych układów. Znana była już w tym czasie perspektywa, stąd jego rysunki nabierają trójwymiarowości.

Zapewne Leonardowi przypadłaby palma pierwszeństwa w otwarciu nowej epoki w medycynie, jaka nastąpiła z rozwojem anatomii, gdyby nie fakt, że badania jego pozostały ogółowi nieznane. Dopiero pod koniec XVIII wieku, w pałacu Kensington, bibliotekarz Jerzego III znalazł w nieotwieranej od lat szafie, obok szkiców Hansa Holbeina, spuściznę anatomiczną Leonarda. Ryciny i notatki wkrótce znalazły się w rękach Williama Huntera (1718–1783), chirurga i ginekologa, ale głównie anatoma i to związanego

z Akademią Sztuki. On to powiedział: „Jestem zupełnie przekonany, że Leonardo był największym anatomem na świecie na owe czasy". Od tej pory zaczyna się długa seria studiów na dziełem anatomicznym mistrza da Vinci.

Ale niezwykle istotne, epokowe wręcz znaczenie dla rozwoju anatomii, a za nią całej medycyny miała działalność Vesaliusza. Andre Vesalius (1514–1564) z Vessel koło Brukseli (stąd przydomek) od dzieciństwa ogarnięty był pasją poznawania wewnętrznej budowy płazów, gadów, ptaków i ssaków. W 1537 roku dokonał pierwszej sekcji ciała ludzkiego; sekcji zatem, a nie na poły barbarzyńskiego ćwiartowania zwłok; sekcji, która umożliwi bliższe poznanie tajemnic ludzkiego ciała, a być może tajemnic życia. Przez kilka lat pisał ogromne dzieło, w którym opierając się na naocznych badaniach, udowadniał błędy Galena. Było ich około 200. Galen nie sekcjonował zwłok ludzkich. Sekcjonował małpy i swe obserwacje, *per analogiam*, przenosił na człowieka. Pomyłka badacza? Żeby tylko! Ale autorytet Galena, jako niepodważalny autorytet starożytnych, zahamował rozwój medycyny na kilkanaście wieków. Jeśli nawet „coś" w naturze było nie tak jak u Galena, był to wybryk natury, anomalia. Galen miał zawsze rację! Jednak to nie jego wina, to wina ślepej wiary w autorytety. Nasza epoka, choć w innej dziedzinie, tego się również nie wyzbyła.

Niezwykle cenną stroną powstającego dzieła były ryciny anatomiczne. Ich autorem nie był Vesaliusz, który oddał rzecz w godniejsze ręce, artysty z prawdziwego zdarzenia – Jana Stefana van Kalkara, ucznia Tycjana. W tworzonym dziele ów łączył realizm rysunku z artyzmem. Stąd jego postacie – szkielety czy pozbawione skóry *ecorche* – przedstawione są artystycznie,

w zadumie, w tanecznej pozie, prawie zawsze na tle krajobrazu. Tę symbiozę nauki ze sztuką, która rozpoczyna się w okresie renesansu, charakteryzuje swoista „przepychanka" pomiędzy realistycznym lecz suchym widzeniem przedmiotu a potrzebą nadania mu artystycznego kształtu. Tak rodzi się rysunek naukowy. Dotyczy to nie tylko anatomii, ale również botaniki, która bardziej niż inne dziedziny nauki wymagała rysunkowej dokumentacji. Aby uświadomić sobie, czym były te anatomiczne ryciny, wystarczy spojrzeć na skromne malowanki z podręcznika Mundina *Anatomia* (Pavia 1475) – a dzieli je zaledwie 50 lat.

Swe dzieło, w doskonałej, ukończonej formie Vesaliusz drukował w Bazylei w roku 1543. Szczęśliwy to rok. W nim ukazało się przecież dzieło Kopernika *De revolutionibus*, dokonujące przewrotu umysłowego w daleko większej skali niż dzieło Vesaliusza, a u nas ukazała się drukiem pierwsza polska książka.

Vesaliusz nadał swemu dziełu tytuł: *De humani corporis fabrica libri septem.* Wprowadzenie do tytułu terminu *fabrica* nie jest rzeczą przypadkową. Renesans bowiem odkrywał talenty artystyczne. Odnosiło się to również do architektonicznych zamysłów na wielką skalę. „Analizować ciało jako fabrykę, oznacza czcić je jako żyjące i nieprześcignione dzieło sztuki, ukazując jego piękno, odkrywać ukrytą zgodność jego części i mechanizmów jego budowy"[7].

Ciało ma zatem strukturalną logikę; pomiędzy poszczególnymi jego częściami (narządami) istnieją nieznane związki i współzależności, a zadaniem anatoma jest ich opisywanie i wyjaśnianie. Najprościej znaleźć je można w systemie ruchowym człowieka. Wypreparowane mięśnie umożliwiają zrozumienie

mechaniki ruchu, co tak interesuje artystów. Ale wielki Leonardo chce wiedzieć więcej, dlatego sięga głębiej w strukturę ludzkiego ciała, poświęcając badaniom anatomicznym całe życie. Nie jest w tym odosobniony. W tym samym czasie, gdy jedni odkrywają dalekie lądy i nieznane dotąd kraje, inni odkrywają ukryte dotąd zakątki ludzkiego ciała. Zainteresowanie anatomią rośnie. Za odkryciami Vesaliusza poszły dalsze, w różnych szkołach anatomicznych w całej niemal Europie, a odkrywcy przypisywali swe nazwiska do opisywanego narządu lub jego szczegółu. W ten sposób powstawały eponimy. Najpowszechniej znane to: trąbka Eustachiusza i zatoka Highmora. Ale było ich setki i to nie tylko w anatomii. Stanowiły pierwszą i doskonałą lekcję historii medycyny. Zniesiono je po 1950 roku i nie ma ich w tzw. paryskim mianownictwie anatomicznym (Nomina Anatomica Parisiensa – NAP). Dlaczego? Autor *Słownika eponimów* B. Gołąb tak o tym pisze:

> „Wyeliminowanie eponimów z NAP, mimo pewnych uzasadnień, stanowi dużą stratę dla historii nauk medycznych, bo przecież każdy eponim to część procesu poznawczego, to nowy opis morfologiczny, niejednokrotnie o dużym znaczeniu topograficznym i klinicznym, nowe pojęcie, często wynik wielu lat pracy”[8].

Wzrost zainteresowania anatomią zaobserwować można nie tylko wśród samych anatomów i uczniów szkół lekarskich. Nastąpił również wśród uczonych interesujących się naukami przyrodniczymi. Były to grona wytwornych panów, jakich widzimy na obrazie Rembrandta przedstawiającym sekcję prowadzoną przez dra Tulpa. Obrazów tego typu powstało sporo, zatem i gron zainteresowanych było wiele. Ale sekcjonowanie, które dopiero teraz było oficjalnie możliwe, ściągało na publiczne pokazy szerszą

publiczność, by nie powiedzieć gawiedź, szukającą niezdrowej podniety w oglądaniu niesamowitości. Zainteresowanych było coraz więcej. Dla nich powstawały drewniane okrągłe budowle, zazwyczaj bez ścian zewnętrznych dla lepszego przewiewu, z galeryjkami dla widzów, ułożonymi piętrowo, jedna nad drugą, w zależności od ich pozycji społecznej. Przy bramie ustawiano wartowników, by chronić przed natrętnymi, i – rzecz jasna – pobierać opłatę. Na dole, na wysokim stole pojawiało się ciało zmarłego; dwóch chirurgów przystępowało do obdukcji: otwierali klatkę piersiową, jamę brzuszną, czaszkę. Obecny doktor medycyny objaśniał. Całość miała charakter spektaklu i dlatego nazwano to *Theatrum anatomicum*. I ta nazwa przetrwała do naszych czasów.

Tak będzie też wyglądała pierwsza uniwersytecka sekcja, którą w przyszłości przeprowadzi w Krakowie Rafał Józef Czerwiakowski. Sporo jeszcze czasu do tego wydarzenia upłynie, ale ślady zainteresowania anatomią i dostrzegania jej doniosłej roli przyszły znacznie wcześniej. Jan Ursyn, który uzyskał dyplom w Padwie, w mowie inkorporacyjnej do Wydziału Lekarskiego w Krakowie (1488) powiedział:

> „Najznakomitsi mężowie, muszę wyrazić wielkie zdziwienie, że ci, którzy [...] nigdy nie widzieli anatomii, to znaczy sekcji zwłok [...] mają odwagę uprawiać sztukę lekarską i nazywać się doświadczonymi lekarzami. [...] O cóż to za lekkomyślność nie do wypowiedzenia! Strasznie patrzeć na to i słuchać o tym!”[9].

Również Wojciech Nowopolski, autor pierwszego podręcznika anatomii w Polsce (1551), powtarza za Cyceronem:

> „Doskonałe poznanie budowy ciała ludzkiego osiąga się na podstawie sekcji zwłok, którą Grecy nazywają *anatome* [...], to jest od rozbioru.

> Opisuje się zaś sekcję, rozcięcie ciała ludzkiego dokonywane w sposób rozumny i rozważny, zarówno w odniesieniu do części prostych, jak i złożonych w celu doskonałego ich poznania”[10].

Można by jeszcze dodać badania Stanisława Wosińskiego, ale w istocie mało sekcjonowano, czasem zbrodniarzy, ograniczając się do śledzenia budowy zwierząt w czasie uboju i przenoszenia obserwacji *per analogiam* na człowieka.

Regularny wykład anatomii rozpoczął się od przyjścia do Krakowa R.J. Czerwiakowskiego w 1779 roku i od dokonania pierwszej sekcji. Miało to miejsce w istniejącym budynku przy ul. św. Anny, a tłum ciekawych wchodził naprawdę drzwiami i oknami. Podobnie jak u Vesaliusza i innych włoskich anatomów, chodziło o zaspokojenie ciekawości; stąd te „teatry anatomiczne”. Ale potem nastąpiła fala oskarżeń o profanację, która zmusiła Vesaliusza do (dobrowolnej czy też nie) pielgrzymki pokutnej do Ziemi Świętej, z której miał nie wrócić. Podobne kłopoty miał Czerwiakowski, któremu dano nawet do ochrony straż miejską. Napisał później Fryderyk Skobel[11]:

> „Pierwsze chwile nauczycielstwa zatruła Czerwiakowskiemu zawiść ciemnego gminu, od kilku zaślepionych zagorzalców obudzona, który gorsząc się rozbieraniem ciał zmarłych w zapamiętałości swej życiu nawet Czerwiakowskiego zagroził”.

Ale z czasem coraz bardziej utrwalało się przekonanie, że poznanie dzięki sekcji budowy ciała człowieka zdrowego jest nieodzownym warunkiem do poznania jego stanów chorobowych, to jest wstępem do dobrego diagnozowania, a potem skutecznego leczenia. Stąd w prosektoriach uniwersyteckich pojawia się sentencja:

> *Ubi mors gaudet succurere vitae*

Tu śmierć się cieszy, wspomagając życie.

I jej sens nie utracił znaczenia do dziś.

2. Stare problemy w nowej formie

Wspomniałem już, że dla rozwoju anatomii potrzebne było przezwyciężenie bariery: estetycznej, etycznej i religijnej. Coś z tego przełamywania się w stosunku do zwłok pozostało do dziś. Przeżywają je studenci pierwszego roku medycyny. Jak wyglądają pierwsze zajęcia w prosektorium? Jak im nieskoro idzie to zbliżenie się do martwego ciała. Jaki wywołuje to uraz u nich, młodych ludzi, po raz pierwszy stykających się ze zwłokami i śmiercią. Czytelnik niezwiązany ze studiami medycznymi nie zdaje sobie z tego sprawy. We wszystkich innych dziedzinach istnieje pewna ciągłość pomiędzy nauką szkolną a przedmiotem studiów, tutaj – nie. Boy-Żeleński, który przeszedł przez zajęcia w prosektorium, nazwał owo miejsce „spelunką naukowej nekromancji". Tak pisał o cudzych, ale i o własnych przeżyciach:

> „Dzieciak przy którym unikano cienia drastycznej aluzji [...] naraz dostaje atlas anatomiczny, w którym przede wszystkim ściągają jego uwagę kolorowane genitalia; idzie do prosektorium, gdzie otrzymuje do dyspozycji nagie zwłoki kobiece w najokropniejszych pozach"[12].

Jeśli nawet stosunek do nagości w naszych czasach w porównaniu z ubiegłymi wiekami uległ znacznej zmianie, to nie znaczy, że bariera w odniesieniu do zwłok przestała istnieć i przestanie istnieć kiedykolwiek.Wiedzą o tym, bo sami to

przechodzili, wszyscy pracownicy prosektoriów, anatomowie, zwłaszcza anatomopatolodzy sekcjonujący zwłoki zmarłych w klinikach pacjentów i medycy sądowi doszukujący się przyczyn śmierci w zwłokach ludzi czasem już dawno zmarłych. Czy tu, po pokonaniu bariery prawno-etycznej i religijnej, bariera estetyczna nie jest najtrudniejsza do pokonania? Prof. Wiktor Grzywo-Dąbrowski, sądownik, grzebie gołymi rękami w zwłokach denata. Wchodzi młody adept sztuki obdukcyjnej. – Cześć, kolego! – mówi profesor i wyciąga do niego rękę. I co? Nie podać ręki profesorowi?

O tych trudnościach, jakie mają medycy, wiedzą wszyscy mistrzowie anatomii, wprowadzający uczniów w arkany wiedzy medycznej. Studium anatomii to droga od człowieka zmarłego do człowieka żywego. Dlatego domagają się szacunku dla zwłok i najmniejszej ich części. Aby ułatwić wejście w zajęcia prosektoryjne, poprzedzają je wykładami teoretycznymi. Adam Majewski tak to wspomina:

> „Pierwsze ćwiczenia w prosektorium rozpoczęły się późną jesienią. Uważano, że studentów pierwszego roku można dopuścić do tego rodzaju zajęć dopiero po gruntownym przygotowaniu teoretycznym. Słusznie, bo i tak niektórzy przeżywali to w sposób iście dramatyczny, a kilku zdecydowało się na porzucenie studiów. Nie mogli w żaden sposób oswoić się z nieustannym obcowaniem i pracą na ludzkich zwłokach”[13].

Ale później przychodzi przełom. Pisze ten sam autor:

> „Większość nie mogła początkowo pokonać pewnego wstrętu czy obrzydzenia, jakie odczuwali przy dotykaniu rękami martwych, zimnych, trupich tkanek i w związku z tym zaopatrzyła się w gumowe rękawice. Ja także je kupiłem, ale bardzo szybko okazało się, że preparowanie skalpelem delikatnych naczyń czy gałązek nerwowych, nierzadko grubości cienkiej nitki, w takich grubych sekcyjnych rękawicach staje się

niesłychanie uciążliwe, a czasami wręcz niewykonalne. Stopniowo więc rezygnowaliśmy z rękawic i przechodzili na preparowanie gołymi rękami”[14].

Zarówno Boy-Żeleński, jak i Majewski mieli zajęcia w prosektorium w czasach, gdy do utrwalania zwłok stosowano już formalinę. Wcześniej jedynym sposobem konserwacji było zimno, dlatego sekcjonowano prawie wyłącznie w zimie. Hector Berlioz, który studiował medycynę, pozostawił nam relację ze swych wrażeń z pobytu w prosektorium paryskiego Hospice de la Pitie w roku 1822:

„Na widok tej okropnej kostnicy – fragmentów kończyn, wyszczerzonych twarzy, otwartych czaszek, krwawego błota na podłodze, okropnego smrodu, chmary wróbli walczących o kawałki płuc, szczurów ogryzających w kącie krwawe części kręgów – na widok tego wszystkiego poczułem takie obrzydzenie, że wyskoczyłem przez okno prosektorium i uciekałem do domu ile sił w nogach, jakby sama Śmierć ze swymi pomocnikami deptała mi po piętach”.

Namówiony przez przyjaciela Roberta powrócił jednak i wtedy:

„Dziwne! To wszystko, co poprzednio wydawało mi się okropne i napełniało mnie takim obrzydzeniem, teraz nie zrobiło na mnie najmniejszego wrażenia. Nie czułem nic, poza lekkim niesmakiem. Mogłem iść w zawody z najbardziej zahartowanymi studentami. Kryzys minął”[15].

Nie tylko minął, ale minął szczęśliwie. Berlioz nie zapominał o muzyce. Poszedł do opery, gdzie mocne wrażenie zrobiły na nim *Danaidy* Salieriego.

„Tej nocy prawie nie spałem, co następnego ranka odbiło się na moim prosektorium. Nuciłem arię Danais »Łaskawe wyroki losu«, piłując czaszkę mojego nieboszczyka, a gdy śpiewałem »Zstąp w pierś nimfy wodnej« zamiast zaglądać do rozdziału o tkance nerwowej w podręczniku Bichata, zniecierpliwiony Robert zauważył: »Przecież w ten sposób

zupełnie nie posuwamy się naprzód, za trzy dni nasz truposz będzie do niczego, 18 franków wyrzucone przez okno – zachowuj się rozsądnie!«, odpowiedziałem hymnem do Nemezis »O bogini nienasycona krwią«. Wtedy Robert wypuścił skalpel z dłoni…”[16].

To przełamanie zapory psychicznej nie zawsze przebiega tak szczęśliwie, niekiedy prowadzi do skrajności, do nonszalancji, popisów z „nicnierobienia sobie” w obliczu śmierci i zwłok lub ich części oraz do opowiadania w świecie „laików” autentycznych lub zmyślonych opowieści, jak ta o nieludzko pięknym ciele młodej dziewczyny, którą przyszło medykowi krajać: nie przemógł się, odłożył nóż i odszedł na zawsze. A prawda była inna: wylano go za nieuctwo!

O pewnych wynaturzeniach pisał z własnych przeżyć Tadeusz Boy-Żeleński:

„Zdziczenie objawiało się na rozmaite sposoby, ale najczęściej barwiło się seksualnie. Nie było prawie roku, by nie wybuchnął jakiś skandal. Na którymś ze starszych od mojego roczników zdarzył się wypadek zhańbienia trupa, którego sprawca, zagrożony konsekwencjami, otruł się. To było wyjątkowe, ale drobniejsze wybryki należały do normy. […] Stary nasz profesor Teichman, europejska sława, wszedłszy znienacka do prosektorium, spostrzegł, że jakiś żartowniś – typowy przykład medyckiej tężyzny – wetknął papierosa w przyrodzenie kobiecego trupa. Profesor wyszedł oburzony i przed wykładem, drżącym ze zgrozy głosem, napiętnował postępek”[17].

Gdzie indziej nie było inaczej. R.T. Morris, który studiował w Ameryce, niewiele lat przed Boyem pisał:

„Za moich czasów studenckich nie istniało już owo legendarne zdziczenie studentów szkół medycznych. Psychologowie zwykli wyjaśniać ten objaw faktem, że młodzież męska, wychodząca spod wpływów domu rodzinnego, nasiąkała wyobrażeniem sobie jakobyśmy wewnątrz naszego ciała posiadali nade wszystko duszę. Kiedy potem w sali sekcyjnej

znalazła we wnętrzu trupa jedynie wątrobę i inne podobne zawartości, wytrąciło jej to ster z ręki, puszczając ją zdezorientowaną na rozhukane fale, zanim zdołała stworzyć dla siebie nowy aparat kierowniczy. Możliwe, że legenda tego zdziczenia sięgała dawnych dziejów studentów medycyny, zrodzona w czasach, kiedy porywanie ciał z cmentarzy było czymś więcej niż przypuszczeniem tylko. Niejednemu z nas obijały się o uszy szczegóły tego zwyczaju, który stał się anachronizmem, odkąd domy przytułku zaczęły przekazywać kolegiom medycznym narzucone swojej opiece ofiary po ostatecznym zakończeniu przez nie porachunków życiowych. O ile sobie przypominam, nie było śladu zdziczenia wśród studentów Kolegium Medyko-Chirurgicznego w roku 1882”[18].

Chwalić Boga! Nie znaczy to jednak, że studenci już nie przechodzili w pierwszym zetknięciu się ze zwłokami pewnego kryzysu.

Od przełomu, jaki dokonał się w czasach Odrodzenia w stosunku do ciała ludzkiego, skończyło się „krajanie trupów”, a zaczęło się sekcjonowanie, czyli świadome oddzielanie poszczególnych narządów (później nawet tkanek) dla poznania ich budowy, ułożenia, kształtu, czyli dla tego samego celu, w jakim i dziś skłania się adepta medycyny do zajęć prosektoryjnych, by, gdy zetknie się z pacjentem i jego chorym narządem, zdawał sobie sprawę z jego naturalnej wielkości, konsystencji i położenia. Prosektorium uczy spojrzenia na budowę człowieka w wymiarze przestrzennym.

Ale nie tylko o to chodzi. W prosektorium student styka się po raz pierwszy ze śmiercią. To jest przeżycie pozytywne; później, gdy zostanie lekarzem, śmierć w klinice nie powinna być dla niego

szokiem. Aczkolwiek może też być przeżyciem negatywnym, gdy nie tylko oswoi się ze śmiercią, ale na nią zobojętnieje.

Istnieje pewna ciągłość pomiędzy studium anatomii a nauką przy łóżku chorego; tej i tej nauce towarzyszy biały fartuch lekarski – to niemal symbol. Pojawia się niebezpieczeństwo, że z przejściem nauki anatomii w ręce przyrodników (a na to się zanosi) nauka anatomii utraci swe odniesienie do kliniki, a wtedy rozwój osobowy przyszłego lekarza przekształci się w czysto techniczne rozumienie medycyny[19].

Starzy anatomowie-dydaktycy mają tę wrażliwość i umieją ją przekazywać. Gorzej, gdy nauczycielami są ludzie przypadkowi.

Sekcjonowanie, które doprowadziło do dobrej znajomości anatomii, otwarło zarazem drogę do rozwoju chirurgii. Tak jest i dziś: nie ma chirurgii bez dobrej znajomości anatomii. Ale dało ono jeszcze coś więcej: możliwość wprawienia ręki do zabiegów chirurgicznych, właśnie dzięki sztuce preparowania, czyli starannego oddzielania skalpelem: powięzi, mięśni, naczyń krwionośnych i nerwów. Zdawał sobie z tego sprawę już Czerwiakowski u początków naszej uniwersyteckiej nauki anatomii, kiedy pisał o uczniach:

> „[...] aby rozbierając swymi własnymi rękami trupów, wzwyczaili się do sporządzania niektórych preparatów dla swej własnej korepetycji potrzebnych, i do rozbierania onych śmiałości nabierając i wprawy i ochoty, częstszym takowym ćwiczeniem się jak najdokładniej nieuchronną do nabycia umiejętności chirurgicznych potrzebę poznać, a oraz i oneż pojąć zupełnie starali się”[20].

Jeszcze w latach powojennych, gdy zwłok nie brakowało, medycy kilka razy w tygodniu wiele godzin spędzali w prosektorium na

preparowaniu. Dziś odprawa pośmiertna umożliwia praktycznie każdemu godziwy pogrzeb. To słuszne! Ale z punktu widzenia nauczania anatomii – kłopotliwe, bowiem nikt nie dostarcza już zwłok do prosektorium. Musi się to odbić negatywnie na przygotowaniu do zawodu. Jak sobie radzą z tym w Monachium? Wykorzystują zwłoki ludzi, którzy je sami zapisali za życia dla celów naukowych. Rodzina żegna się ze zwłokami, które wędrują do prosektorium. Po dwóch latach następuje spopielenie i pochówek, na który jest zapraszana rodzina. Jak wspominał Putz, studenci na koniec kursu zaplanowali uczczenie zmarłych, którzy im pomogli w nauce anatomii.

Interesujące są motywy, dla których ludzie oddają swe ciała na służbę nauce. Jedni chcą się przyczynić do wykształcenia lekarzy, inni widzieli na cmentarzu zadbane groby wykorzystanych dla dobra nauki ludzi i mają nadzieję, że i o ich ktoś się będzie troszczył; bywa, że z wdzięczności, ale także powodowani pragnieniem samounicestwienia – „by nic po nich nie zostało". Sami studenci nie garną się do takiej oferty.

Zwłoki umożliwiają również wykonywanie próbnych operacji, i to nie od dziś. W czasach Rzeczypospolitej Krakowskiej, gdy wypuszczano dyplomowanych chirurgów, przy egzaminie końcowym kandydat musiał wykonać wskazany zabieg na zwłokach. Niektóre śmiałe innowacje i dziś chirurg poprzedza zabiegami na zmarłych, zanim, nabrawszy niejakiego doświadczenia, nie zastosuje ich po raz pierwszy na pacjencie. Przykładów z dawniejszych i nowszych czasów nie brakuje. Przywoływany już tu amerykański chirurg Morris pisał następująco:

> „Mimo że w 1882 nie było w Bellevue więcej niż cztery czy pięć zgonów dziennie, wynosiło to w przeciągu roku do tysiąca pięciuset zejść śmiertelnych, nastręczając nam obficie materiału do badań pośmiertnych. Mogliśmy przerabiać na trupach wszelkie trudniejsze operacje, zanim przystępowaliśmy do wypróbowania ich na żywych pacjentach. Wątpię, czy jakikolwiek chirurg może zdać sobie sprawę jak dalece jest to ważne, o ile nie miał możności korzystać z podobnej okazji, będącej niewątpliwie udziałem większości mistrzów. Przeraża mnie sama myśl o błędach, fałszywych krokach i anatomicznych pomyłkach, z konieczności popełnianych codziennie w całym kraju przez chirurgów amatorów, którzy nie przerabiali operacji na trupach przed wbijaniem noża w anatomię żywą”[21].

Prof. Henryk Skarżyński, który przywraca słuch niesłyszącym, wszczepiając im implanty ślimaka, przed pierwszą operacją ćwiczył wielokrotnie na ludzkich preparatach. Gdy znalazł się na stypendium w Paryżu, prof. J.M. Sterkers przyniósł mu preparat kości skroniowej z poleceniem jakiejś tam rekonstrukcji. „Sądził – opowiadał Skarżyński – że będzie to dla mnie zajęcie na kilka dni, a ja... zrobiłem to w półtorej godziny”. Ale i tak pierwszą operację przeżył ogromnie: „Podczas takich zabiegów trudno pozbyć się stresu. Gdyby się nie powiodło, implanty ślimakowe musiałyby jeszcze kilka lat poczekać”[22].

Jakże aktualna nadal jest sentencja: *Mors gaudet succurere vitae*.

To stare powiedzenie o śmierci, która raduje się, wspierając życie, nabrało nowego wyrazu, odkąd zaistniała możliwość transplantowania narządów. Rozpacz rodziny z powodu – zazwyczaj nagłej – śmierci, a grubo później świadomość, że przynajmniej część bliskiej mi osoby nie odeszła do grobu, że np. jej serce ciągle bije, a więc żyje, a co więcej, wspiera czyjeś życie. Ten

schemat się powtarza. Profesor transplantologii Waldemar Kozuschek tak opisuje dramatyczne zdarzenie ze swego życia:

> „Niedaleko kliniki w Bonn zginęło na ulicy ośmioletnie dziecko potrącone przez samochód. Był to syn lekarza, który miał gabinet w pobliżu. Kiedy przybiegł zapytać, co z synem, powiedzieliśmy mu, że mózg dziecka nie żyje. Musieliśmy znaleźć w sobie odwagę, żeby zapytać, czy możemy pobrać nerki, bo mamy biorcę, który bardzo na nie czeka. Nie wiem jak ja wyglądałem, ale on miał twarz opanowaną, chociaż odbijało się na niej głębokie zmartwienie. To była rozmowa bez rozmowy, ten lekarz tylko słuchał. W pewnym momencie powiedział „proszę bardzo" i zadzwonił do swej żony. Po trzech miesiącach poszedłem do tego lekarza. Był zdziwiony, przerwał przyjmowanie chorych. Nerki jego syna zostały wszczepione matce trojga dzieci, którą opuścił mąż. Pokazałem mu zdjęcia rentgenowskie tych przeszczepionych nerek. Lekarz, mężczyzna po pięćdziesiątce, zaczął płakać. Powiedział, że teraz będzie mu lżej, bo wie, że przynajmniej jakaś część jego dziecka żyje"[23].

W takich przypadkach „lekarz jest pośrednikiem między już nieżyjącym a tym, który umrze, jeżeli jego prośba nie zostanie spełniona". Oto nowe zadanie lekarza.

Oddawanie narządów po śmierci uzyskało w ocenie Jana Pawła II wysoką rangę, jako wyraz nadzwyczajnej miłości bliźniego.

Tu wyłania się niezwykle istotne pytanie: kiedy człowiek już nie żyje? Dla lekarza decydująca jest śmierć mózgu. Dla ogółu społeczeństwa: ustanie akcji serca. Przez tysiąclecia bicie serca było obrazem życia i trudno uwierzyć, że jest inaczej. A przecież przy transplantacji serca jest chwila, kiedy pacjent pozostaje w ogóle bez serca, a jednak żyje. Ale tego jest świadoma tylko mała grupa operujących; do świadomości społeczeństwa dotrze to nieprędko.

Istnieją jeszcze inne problemy związane ze zwłokami, którym m.in. poświęcono w Krakowie konferencję pt. *Zawłaszczanie zwłok ludzkich*[24]. Zajęła się ona aspektem prawnym, etycznym i medycznym zagadnienia, szukając odpowiedzi na pytania: co to są zwłoki, a co szczątki ludzkie? Do kogo należą zwłoki i kto może nimi dysponować? Czym jest ciało, a czym są zwłoki?

Filozof Władysław Stróżewski pisze:

> „Ciało beze mnie staje się zwłokami. W tym punkcie rwie się radykalnie proces mej solidaryzacji z ciałem. Chcę czy nie chcę, przestaje być moje. Przestaje mieć znaczenie moja dotychczasowa o nie troska. To, co było moim ciałem, przechodzi w radykalnie odmienny sposób istnienia, zaczyna żyć „życiem" rozkładu, na które nie tylko nie mam najmniejszego wpływu, ale które nie ma ze mną już nic wspólnego"[25].

Doświadczenie jednak mówi, że nie w pełni jest to prawdą. Niewielu chce oddać swe ciało na użytek prosektoryjnej dydaktyki, a ci, którzy się zgadzają na pobranie ich narządów, odnoszą to do narządów wewnętrznych: nerki – tak, serce – tak, wątroba – tak, ręce – nie! A istnieje już możliwość przeszczepiania dłoni.

Sprawa „ciała" wkracza również w zakres teologii. Wiedeński patolog Hans Bankl[26] obliczył wagę zwłok ludzi umierających codziennie w Wiedniu, w Austrii, w Europie i na świecie, i pomnożył przez dni, lata, stulecia istnienia ludzkości, co dało astronomiczną liczbę ton. Stwierdził następnie, że zmartwychwstanie ciał na Sądzie Ostatecznym nie jest możliwe, i uzasadnił to brakiem tak wielkiej masy substancji organicznej. To brzmi jak żart.

Zupełnie serio natomiast traktuje ten problem luterański teolog Marek Uglorz w nawiązaniu do słów św. Pawła: *sieje się ciało*

cielesne, bywa wzbudzone ciało duchowe (1 Kor 42, 44):

> „A więc w dniu zmartwychwstania ludzkie ciało zostanie przemienione na wzór i kształt chwalebnego ciała zmartwychwstałego Chrystusa. Nie będzie to jakieś ciało nowe, dane człowiekowi w wyniku nowego aktu stwórczego, lecz stare, przemienione, nieskazitelne, nieśmiertelne. Związku między ciałem ziemskim przed śmiercią a duchowym przy zmartwychwstaniu nie należy rozumieć w sensie identyczności zewnętrznej, materialnej ze wszystkimi jego przypadłościami, lecz identyczności wewnętrznej, jako jakościowo nowa kontynuacja. Apostoł Paweł również pisze: *ciało i krew nie mogą odziedziczyć Królestwa Bożego* (1 Kor 15, 50). Ale człowiek, jako jedność psychosomatyczna nawet po śmierci nie może być pozbawiony tego, co decyduje o jego osobowości".

Jednak są to rozważania, które nawet ludzie wierzący odkładają... na potem.

Natomiast problemem, od którego się nie ucieknie, jest wykorzystanie zwłok, które – jak już wiemy – są nadal potrzebne do celów naukowo-badawczych i transplantologicznych. A zwłok jest coraz mniej. Nie tak dawno (marzec 2007) Królewskie Kolegium Chirurgów informowało, że brak zwłok do ćwiczeń anatomicznych „negatywnie odbija się na wyszkoleniu młodych lekarzy, głównie chirurgów, co wiąże się ze zwiększeniem ryzyka dla pacjentów". Stąd apel o skłanianie pacjentów do zapisywania swego ciała pośmiertnie do celów dydaktycznych.

Bez zwłok nie ma nauki medycyny, nie ma chirurgii.

> Jeśli lekarze nie będą mogli się uczyć na zmarłych,
>
> Będą się uczyć na żywych, a to przysporzy zmarłych.
>
> *Mądrości lekarskie*

3. Anatomia a sztuka – wspólne drogi i rozdroża

Piękno ciała ludzkiego warunkowane jego budową zawsze przykuwało uwagę. Chodzi tu głównie o zewnętrzne piękno, ujęte statycznie (Venus z Milo, Apollo Belwederski i ich pochodne, aż po konkursy piękności) lub w ruchu (balet, gimnastyka artystyczna, łyżwiarstwo figurowe). Zatrzymywano się na oglądzie zewnętrznym. Jednym z elementów anatomicznych, który wszedł od dawna do sztuki, była czaszka ludzka – stały rekwizyt eremitów. Czaszka to bowiem element z pogranicza tego świata i zaświatów; wieczne przypomnienie o przemijaniu doczesności. Towarzyszyła nabożeństwom pokutnym, jak dziś jeszcze procesji Arcybractwa Męki Pańskiej w Krakowie.

Nad czaszką Jorika medytował Hamlet (V, 1; tłum. A. Tretiak):

> „Znałem go, Horacy; był to człowiek o niewyczerpanym dowcipie, o najwyborniejszej fantazji; tysiąc razy nosił mnie na plecach; a teraz jakże okropnie przedstawia się w mojej wyobraźni. Aż mnie coś dusi w gardle [...]. Zupełnie straciłeś humor? Idź-że teraz do komnaty jakiej damulki i powiedz jej: niech się maluje na cal grubo, do takiej to wdzięcznej postaci musi i tak dojść; niech się śmieje na ten widok...".

Czaszka była elementem znanym już przed odkryciami anatomicznymi. Za nią poszły szkielety – ulubiony motyw baroku, akcentujący koniec ludzkiej egzystencji (*Vanitas vanitatum et omnia vanitas*), jak gdyby poza nią nie było już nic. Kościec stał się uosobieniem śmierci, stąd jej popularna nazwa – kostucha. To nie przeszkadzało w jego ożywieniu, czego obrazem był taniec

szkieletów. Sama czaszka, jako symbol śmierci, stała się też ostrzeżeniem: dlatego widzimy ją na lekach trujących, na butelkach z denaturatem („jagodzianka na kościach"), na urządzeniach wysokiego napięcia. Stała się też przedmiotem grozy: na flagach pirackich, na czapkach esesmańskich („Szwadron trupiej czaszki").

Wraz z odkrywaniem budowy ciała ludzkiego równolegle postępowało utrwalanie szczegółów anatomicznych przez malarzy. U boku każdego anatoma spotykamy mniej lub bardziej wybitnego artystę, utrwalającego detale ludzkiego ciała rysunkiem, następnie przetwarzanym w drzeworyt, miedzioryt lub inną technikę graficzną. Tak powstawały atlasy anatomiczne, które są potrzebne i dzisiaj. Całkiem świeżej daty *Sztuka anatomii* B. Rifkina i M. Ackermana przedstawia ryciny anatomiczne za okres pięciuset lat. Dzieło A. Vesaliusza zdobił Jan Stefan van Kalkar, Charles'a Etienne'a – Etienne de la Riviere, Giulia Casseria – Odoardo Fialetti, Bernardina Gengasa – Charles Errard, Govarda Bidloo – Gerard de Lairesse etc. etc. Ten związek anatomów z artystami przejawiał się w coraz doskonalszym widzeniu szczegółów anatomicznych, ale przez długie lata w powiązaniu z artystycznym widzeniem przedstawianej postaci. Trwało to aż po początki XIX wieku. Wtedy kształtować się począł rysunek anatomiczny o walorach czysto dydaktycznych, chociaż często nie tracił on nic ze swego piękna. Profesorzy anatomii bywali obdarzeni talentem rysunkowym. Takim był prof. K. Kostanecki wspominany przez lekarzy starszej generacji, takim dla nas T. Rogalski.

Niezależnie od tablic anatomicznych powstawały zbiory preparatów anatomicznych. Najsłynniejsze wyszły z pracowni

Frederika Ruyscha (1638–1731) z Amsterdamu; zakupione przez cara Piotra I znajdują się do dziś w Petersburgu. Drugi miał należeć do Jana III Sobieskiego. „Obaj monarchowie – tak uzasadniają to Rifkin i Ackerman – rozumieli znaczenie gabinetów osobliwości, którymi szlachta i wyższe warstwy mieszczaństwa ozdabiały swe pałace, jako wyraz ich społecznego i intelektualnego wyróżnienia”[27]. Być może pozostałością zbioru należącego do Sobieskiego jest *homuluncus* znajdujący się obecnie w Zakładzie Anatomii Patologicznej Collegium Medicum UJ w Krakowie.

Preparaty Ruyscha, podobnie jak ryciny Kalkara miały charakter żywych choć śpiących postaci, które według ówczesnej relacji „śpią, a po obudzeniu natychmiast gotowe są przemówić”, czyli wyglądały „jak żywe”. Takie były początki zbiorów anatomicznych, które później przekształciły się w muzea.

Piękno rysunku anatomicznego urzeka nas. Podziwiamy nie tylko rysunki Leonarda da Vinci czy ryciny Kalkara, które są ozdobą dzieła Vesaliusza. Daleko mniej artystyczne, ale nie mniej piękne w swym wyrazie są ryciny do podręcznika *Anatomia człowieka* Adama Bochenka (Kraków 1909).

> „Wszystkie rysunki są małymi arcydziełami wykonanymi bardzo precyzyjnie, wiernie i artystycznie. Cechuje je wielka przejrzystość, dokładność, przez co stają się łatwe w odbiorze i utrwalają się w pamięci widza. Przerysowane preparaty sprawiają na papierze wrażenie trójwymiarowych. Aż trudno sobie wyobrazić, aby tak kunsztownie i wiernie można było przedstawić rysunkiem coś, co jest tak skomplikowane w rzeczywistości. Świadczy to niewątpliwie o wielkich zdolnościach autorów tych małych dzieł oraz o wspaniałym talencie, jakim był Bochenek, który potrafił w ciekawej i przystępnej formie przedstawić anatomię, przedmiot bardzo rzeczowy i trudny do nauczenia się bez wyobraźni przestrzennej i obrazowej”[28].

Dla medycyny sztuka ta ma charakter przede wszystkim utylitarny, co nie przekreśla jej wartości artystycznych.

Szacunek dla ludzkiego ciała przejawia się w kulcie świętych, który nie ogranicza się tylko do ich duchowości, lecz rozciąga się na ich doczesne szczątki. Relikwie jak gdyby uobecniały, i to w sposób widoczny dla oczu, samego świętego. Toczono o nie nieraz boje. Tam gdzie ich nie było podejmowano usilne starania o ich zdobycie, jak w Krakowie o relikwie św. Floriana. Zapotrzebowanie było większe niż możliwości; dzielono więc kostne pozostałości świętego na drobne cząstki, by obdarować nimi wielu. A tych było tysiące. Niekiedy oddzielano głowę (nie uważano tego za profanację) i umieszczano w osobnym relikwiarzu. Te szczątki bywały uświęcane, wynoszone na ołtarze, oddawano im cześć, bo należały do bohaterów ducha. Ale z badaniami anatomicznymi nie miało to nic wspólnego.

Wraz z popularyzacją nauki wzrosło zainteresowanie społeczeństwa własnym ciałem. Ciekawość ludzi i świata nie jest sama w sobie zła. Interesujemy się makrokosmosem i mamy niejakie pojęcie o biegu planet, fazach księżyca, konstelacji gwiazd. To samo dotyczy świata nas otaczającego. Dlaczego nie odnieść tego do mikroskosmosu, czyli do naszego ciała, jego wewnętrznej budowy i mechanizmu działania? Wychowujemy człowieka do zdrowia – stale zbyt nieudolnie. Czy można to zrobić bez

podstawowej znajomości ciała ludzkiego? Dawniej w poradnikach lekarskich znajdowała się „rozkładana kobieta", czyli nałożone na siebie kolejno rysunki, które obrazowały wnętrze, zwłaszcza wnętrze kobiety ciężarnej. „Szklany człowiek", rewelacja drezdeńskiego Muzeum Higieny, ściągał przed laty tłumy, umożliwiając wgląd w sztucznie zrobione wnętrze ludzkiego ciała. Dziś plastikowe przezroczyste figurki zachęcają: „Odkryj swoje ciało. Zobacz trójwymiarowy obraz wnętrza". I to jest uzasadnione i zrozumiałe.

Nie pozostaje to jednak w żadnej proporcji do przejawów z pogranicza nekrofilii, charakteryzującej część współczesnego społeczeństwa. Mam tu na myśli „plastikomaty" Günthera van Hagena. Wytwór chorego umysłu znalazł pożywkę w tysiącach odbiorców poddających się chętnie niezdrowej ekscytacji, którzy odwiedzając urządzane przez niego wystawy, wzbogacają finansowo amatora ekscentrycznego kiczu. *Panopticum* dla gawiedzi – czy *theatrum anatomicum* z czasów renesansu? Niektórzy nazywają te wytwory sztuką. Czymże jest wobec nich studencka fanfaronada,przejaw braku przystosowania do prosektoryjnych warunków, zawsze ostro piętnowana, aż do relegacji ze studiów włącznie, w imię poszanowania ludzkiego ciała. „Ludzkie zwłoki we wszystkich czasach, jakie istniały – słusznie dowodzi H. Schott – nigdy nie były absolutnie martwą rzeczą i nigdy nie będą"[29]. Tak było w epoce kamiennej, tak jest i dzisiaj. Z trudem przezwycięża się wrodzony szacunek do ciała i wykonuje sekcje.

Tymczasem, chociaż przeciwko „plastikomatom" wypowiedział się Kościół, świat anatomów i historyków medycyny, ludzie stali

w kilometrowych kolejkach, by doznać swoistego dreszczu.

> „Z gęsią skórką zbliża się zwiedzający do zmarłego człowieka tak blisko, jak to na co dzień nigdy nie jest dozwolone. Tak obchodzić się może ze zwłokami ze słusznych powodów anatom, patolog lub fizyk sądowy. Dla ogółu istnieje tu tabu, którego przekroczenie musi odbić się na integralności własnej osoby oglądającego eksponaty w perspektywie swojej śmierci, którą w tym przypadku reprezentuje własne, aczkolwiek żyjące ciało”[30].

Nasuwa się refleksja Hamleta nad prostactwem grabarzy (*Hamlet*, V, 1; tłum. A. Tretiak):

> „Ta czaszka miała też język i mogła śpiewać; a ten cham tłucze nią o ziemię, jakby to była szczęka z ręki Kaina, pierwszego mordercy! Może to jest czaszka polityka, którą ten osioł teraz pomiata?”.

Wykpił to Molier w *Chorym z urojenia* w dialogu dra Tomasza Biegunki z pokojówką Antosią (II, 6; tłum. T. Boy-Żeleński):

> „– Również, za zezwoleniem pana, proszę państwa, abyście zechcieli przyjść którego dnia przypatrzyć się, dla rozrywki, sekcji zwłok kobiecych, które mam objaśniać.
>
> – Rozrywka w istocie nader miła. Dotąd prosiło się damę swego serca na komedię, ale prosić na sekcję to jeszcze uprzejmiej”.

To „łaskotanie nerwów” towarzyszy gawiedzi od wieków. Dziś wzmożone jest przez turpizm w poezji (fascynacja śmiercią, rozkładem i zniszczeniem) i w malarstwie przez malowanie ludzkich bebechów, mózgów i genitaliów. Studenci medycyny przełamują tabu w imię poznania ciała swych przyszłych pacjentów, ale w imię czego robią to artyści? Jak to jest możliwe, że pociąga coś, na co patrzymy z obrzydzeniem? Tak powstają filmy pełne grozy, jak *Ziemia żywych trupów*. Czy społeczeństwo jest zdrowe? Czy może być zdrowe?

Ten szok w zetknięciu się ze zwłokami, który u medyków przejawia się niekiedy w formie wspomnianych ekscesów, mających charakter przejściowy i zawsze ocenianych negatywnie, mniej zrozumiały jest u artystów. Przejawia się to teraz w sztuce w dwóch wyobrażeniach:

– wnętrzności ludzkie, znane dotychczas z atlasu anatomicznego, mają szokować swym naturalizmem. Nie można tego inaczej nazwać, jak hochsztaplerką prosektoryjną;

– ciało kobiece w pięknie swego kształtu, tylekroć przedstawiane od starożytności po czasy najnowsze, zawsze niedopowiedziane w swej najistotniejszej intymności, teraz zostaje uzupełniane wyglądem sromu.

Cui bono? Czy ma to być przełamanie tabu, przekroczenie granic konwenansu, nowatorstwo? Jeśli tak, medycy to już zrobili na pierwszym i drugim roku studiów, a uzupełnili w klinice ginekologiczno-położniczej. Wolno mi tak pisać z pozycji lekarza i odbiorcy sztuki. Jeśli artysta swym dziełem przemawia do widza i to każdego widza, to nie wyklucza z tej liczby lekarzy, a ci z pobłażaniem patrzą na to, co w sztuce zdaje się tylko tak odkrywcze. Sztuka to wielkie słowo.

Od wieków istniały zbiory anatomiczne i anatomopatologiczne w postaci mulaży, mumifikatów lub preparatów przechowywanych w alkoholu. Ale były one zawsze zamknięte przed publicznością, bo też ich celem nie była chorobliwa ekscytacja, lecz utrwalanie rzadkich przypadków i gromadzenie okazów do dalszych badań i demonstracji. Gdy dawniej na uniwersytecie można było chodzić na dowolne wykłady na każdym wydziale, Wydział Lekarski był z tego przywileju wyłączony, a przyczyna była prosta: „Jeżeli nie

śledzi się tych spraw systematycznie – mówił nam prof. T. Rogalski – to chodzi się potem po mieście i opowiada głupstwa". I to jest prawda! I dlatego tak niebezpiecznie jest wpuszczać osoby „niepowołane", a zatem nieprzygotowane należycie do wejścia do prosektorium czy na salę operacyjną. Tak właśnie powstał wiersz *W prosektorium* J. Żuławskiego, którego nieopatrznie wpuszczono do prosektorium, tak rozpoczął makabrycznym wstępem francuski pisarz M.van der Meersch swą powieść *Ciała i dusze*, która cieszyła się kiedyś znacznym powodzeniem. Drastyczny obrazek z życia prosektoryjnego medyków zakrywa głębszy sens studium anatomicznego. A przecież ktoś sięgający w tym przedmiocie po pióro powinien wiedzieć, że tylko za cenę tej prosektoryjnej makabry można zdobyć wiedzę o człowieku, aby później przyjść mu z pomocą. Medycy sami szukali rekompensaty swych przeżyć w muzyce, poezji, sztuce, dopóki nie zawładnęła nimi telewizja. Znane były teatrzyki medyków w Warszawie i w Krakowie. Do dawnej literatury polskiej weszło trzech medyków z *Lalki* Prusa, na których nie widać obciążenia prosektoryjnego, a przeciwnie, zdają się wykorzystywać swoją wiedzę w walce o egzystencję. Wszystkich zainteresowanych odsyłam do drugiego tomu tej powieści.

W tym kontekście literatury i sztuki, a przynajmniej niektórych jej przejawów, wróćmy do problemu nazwanego „przełamaniem zapory psychologicznej", a charakteryzującego się ekscesami świadczącymi o niedojrzałości emocjonalnej niektórych medyków na pewnym etapie ich rozwoju. Wspomniany dr Majewski tak się do nich odnosił:

> „Z prawdziwym niesmakiem i irytacją obserwowałem wyczyny niektórych kolegów. Na przykład tych zajadających w sposób ostentacyjny przy stole prosektoryjnym bułkę z szynką lub czekoladę. Czasami, być może, była to jedynie głupia dziecinna fanfaronada, ale chyba nie u wszystkich. [...] I wtedy to właśnie po raz pierwszy odczułem różnicę, jaka zachodzi między psychiką zdrowego osobnika o pewnej wrodzonej kulturze i jednostką psychicznie niesprawną i tej kultury nie posiadającą”[31].

Majewski pisał to z perspektywy czasu, jako doświadczony wojennymi przeżyciami lekarz chirurg, w chwili gdy ludzkość miała za sobą doświadczenia gestapowskich kaźni, obozów koncentracyjnych i łagrów, a w sądach alianckich zapadały wyroki za zbrodnie przeciw ludzkości nie tylko na lekarzy SS, ale i na wychowawców młodzieży, wybitnych profesorów uniwersytetów niemieckich. Stąd nie dziwi dojrzałość jego sądu:

> „Ludzka bestia czai się w wielu z nas i dobrze się ukrywa, by ujawnić się w sprzyjającej dla siebie chwili. Kto jednak styka się na co dzień z tymi problemami, może ją czasami rozpoznać po niewinnych, zdawałoby się, i błahych symptomach”.

Ilustrację znajduje w drastycznym zachowaniu się onkologa, który odmawia przyjęcia na oddział chorej dotkniętej nieuleczalną chorobą:

> „Mam poważne wątpliwości, czy ten starszy specjalista zasługuje w ogóle na nazwę lekarza. A jak go zakwalifikować jako człowieka? Mam prawo przypuszczać, że przed dwudziestoma czy trzydziestoma laty, kiedy był jeszcze studentem, jadł w prosektorium bułkę z szynką i opowiadał głupie dowcipy na temat zwłok, które preparował”[32].

Prosektorium jest zatem jak gdyby sprawdzianem humanizmu lekarza czy człowieka w ogóle. Młodzi Niemcy, przyszła kadra SS, mieli zajęcia w prosektorium, co wcale nie wynikało z potrzeby

znajomości anatomii, lecz z potrzeby oswojenia się z okrucieństwem.

Aby zobrazować, jak na to patrzą lekarze, posłużę się zdumiewającym choć drastycznym, ale prawdziwym przykładem. Ponad pół wieku po uzyskaniu dyplomu lekarka, więźniarka obozu w Ravensbrück, wspomina z dezaprobatą scenę z prosektorium:

> „Do dzisiaj jednak mam niemiłe uczucie rozczarowania i żalu do kolegi w związku z jego zachowaniem się w prosektorium. W tym okresie było dużo zwłok przeznaczonych do ćwiczeń prosektoryjnych, zostali bowiem straceni oprawcy z Oświęcimia, a ich ciała zostały przekazane do prosektorium. Była między innymi osławiona Mandel, a może Mentel, i jeden z kolegów oświadczył, że sprawdził, że ta osoba nie była dziewicą. Być może był to nieprzemyślany wybryk świeżo upieczonego studenta, ale dla mnie pomimo mego pobytu w obozie było to zbezczeszczeniem zwłok”[33].

Zwróćmy uwagę, że kat i ofiara spotykają się w innym układzie zaledwie w kilka miesięcy po wojnie, a jednak bardzo pierwotne prawo szacunku dla zwłok wyłania się na pierwszym miejscu.

Odwróćmy sytuację: wolno lekarzowi zapytać, kim są ludzie, którzy karmią nas prosektoryjną hochsztaplerką. Co mają nam do powiedzenia ze swego, powiedzmy, bogatego życia wewnętrznego? Czy nie jest to wirtualne bezczeszczenie? A jeśli tak, to wolno przyjąć tezę, że twórcy filmów, dzieł literackich, malarskich zdają się tkwić w fazie studentów pierwszych lat studiów, w przejściowej dla nich fazie niedorozwoju, z którego oni jednak wyrastają, gdy wejdą do kliniki i zetkną się z człowiekiem chorym, oczekującym pomocy. Podkreślmy, że u medyków jest to faza przejściowa, z której niemal w stu procentach wychodzą.

Ale może też być inaczej, zwłaszcza gdy w grę wejdą wódka i narkotyki. Stąd się rodzą wykolejeńcy, a nawet dochodzi do samobójstw, czego świadkiem był Boy. A czy on sam, tak plastycznie opisujący życie medyków, wyszedł obronną ręką z przeżyć prosektoryjnych? Przeżywał mocno poezję Ch. Baudelaire'a, która w Krakowie przypadła do gustu młodym dekadentom w ogóle.

> „Cóż dopiero, kiedy ktoś został przypadkowo studentem medycyny! Zimne i przeszywające oczy Baudelaire'a wyglądały z oczodołów trupiej czaszki przy lekcji anatomii; Baudelaire towarzyszył do prosektorium, stroił w posępną poezję salę szpitalną i ciała wzdęte puchliną; kapryśnym rytmem skandował puls śmiertelnie chorej na serce młodej dziewczyny, której się podawało digitalis; wyłaniał się z mroku obok szafki z narkotykami, kuszącym gestem podsuwając strzykawkę Prawatza. Tu był ten przyjaciel najniebezpieczniejszy; on, autor rozprawy porównawczej o winie i haszyszu, jako środkach pomnożenia osobowości. Et, wino, haszysz... to już nie na Kraków takie fanaberie: a wódki niełaska?"[34].

A później zjawił się St. Przybyszewski – niezwiązany z medycyną szukał prosektoryjnych wrażeń. Wtedy Baudelaire „przystał do bandy już na zupełnego swojaka", a potem „ileż razy na wpół żartem, a na wpół z przejęciem odmawialiśmy gdzieś nad ranem, klęcząc i bijąc się w piersi, ową Litanię do Szatana i jej rytmiczne kuplety" – wspominał Boy-Żeleński.

Otóż to! Jakże niebezpieczne bywają skutki doznań, z których nie w pełni zdajemy sobie sprawę i których nie potrafimy właściwie zrekompensować. Adam Asnyk, który był studentem Akademii Medyko-Chirurgicznej w Warszawie, jak pisał jego biograf, „z zapałem oddawał się nauce i pracom anatomicznym"[35], ale ta

fascynacja nie znalazła odbicia w jego twórczości poetyckiej. Umiał się z nią uporać.

Odkrywcza rola badań anatomicznych została doprowadzona do końca; nic nowego już odkryć się nie da. Ale historia anatomii istnieje ciągle, tak jak ciągle trwa proces nauczania anatomii i będzie trwał dopóki będzie ludzkości potrzebna medycyna. A człowiek człowiekowi będzie potrzebny i za życia, i po śmierci. Zawsze też będzie się pojawiać i to pytanie: Do kogo należą zwłoki ludzkie? G. Rejman taką daje odpowiedź:

> „Człowiek, zarówno za życia, jak i po śmierci, nie należy do nikogo, nie może być niczyją własnością, ani też nie jest rzeczą należącą do kogokolwiek. Fakt, że z chwilą śmierci człowiek traci swą osobowość, również nie daje podstawy do twierdzenia, jakoby zwłoki przekształciły się w rzecz. [...]
>
> Można stwierdzić, że człowiek tracąc swą osobowość wskutek śmierci, powraca do wszechogarniającej go materii, stając się cząstką układu ziemskiego, w jego materialnym bycie, a w świecie idei pozostawia tylko ślad odzwierciedlający sens ludzkiego istnienia”[36].

Właśnie chodzi o sens ludzkiego istnienia, co odzwierciedlone niech będzie w myśli filozoficznej i naukowej, w twórczym słowie, w sztuce i jej wszystkich przejawach, ale nie w szokowaniu innością, niecodziennością, pozorną oryginalnością, biorącą za przedmiot ekspresji ludzkie zwłoki, gdy nie ma się nic do powiedzenia.

Przypisy

[1] Homer, *Iliada*, opr. T. Sinko, przekł. F.K. Dmochowski, Ossolineum, Wrocław 1950, I, 2–5, s. 3; XXIV, 10–12, s. 370.

[2] Tamże, s. LIV.

[3] G. Herling-Grudziński, W. Bolecki, *Rozmowy w Dragonei*, Szpak, Warszawa 1997, s. 183.

[4] A. Benedetti, *Die Geschichte des menschlichen Körpers*, [w:] *Medizin in Literatur und Kunst*, opr. A.G. Carmichael i R. Ratzan, Könemann, Köln 1994, s. 80.

[5] K. Kostanecki, *Leonardo da Vinci jako anatom*, Kronika Uniwersytetu Jagiellońskiego 1912/13, Kraków 1913, s. 24.

[6] S. Braunfels-Esche, *Leonardo als Begründer der wissenschaftlichen Demonstrationszeichnung*, R. Schmitz (Hg.), Humanismus und Medizin. Mitteilung XI der Kommission für Humanismusforschung, Weinheim 1984, s. 23.

[7] U. Nicola, *Filozofia*, Świat Książki, Warszawa 2006, s. 236.

[8] B. Gołąb, *Słownik eponimów morfologicznych*, PZWL, Warszawa 1974, s. 7.

[9] Ursyn Jan z Krakowa, *Modus epistolandi – O sposobie pisania listów*, tłum. L. Winniczuk, Wrocław 1957.

[10] S. Szpilczyński, *Wojciech Nowopolski autor Fabricatio Hominis (1551) pierwszego podręcznika anatomii w Polsce*, Ossolineum, Wrocław 1977, s. 61.

[11] Fryderyk Kazimierz Skobel był doktorem medycyny i chirurgiem. W 1834 r.rozpoczął pracę na UJ jako kierownik Katedry Patologii, Terapii Ogólnej i Farmakologii. Pełnił funkcję dziekana Wydziału Lekarskiego oraz rektora UJ. Opracował spis surowców i preparatów dozwolonych do stosowania w szpitalach krakowskich, był prekursorem w Polsce stosowania mikroskopu w badaniach farmakognostycznych, prowadził też badania nad leczniczym wykorzystaniem wód mineralnych.

[12] *T. Boy-Żeleński o Krakowie*, WL, Kraków, s. 171.

[13] A. Majewski, *Lekarz też człowiek*, Wydawnictwo Morskie, Gdańsk 1980, s. 60.

[14] Tamże, s. 62.

[15] J. O'Shea, *Muzyka i medycyna*, tłum. S. Dubiski, PWM, Kraków 1998, s. 296.

[16] Tamże, s. 297.

[17] *T. Boy-Żeleński o Krakowie...*, s. 171.

[18] R.T. Morris, *Pięćdziesiąt lat w życiu chirurga*, tłum. R. Centnerszwerowa, J. Przeworski, Warszawa 1936, s. 29.

[19] Por. R.V. Putz, *Der Leichnam in der Anatomie*, „Zeitschrift für medizinische Ethik" 1999, nr 45, s. 27.

[20] R.J. Czerwiakowski, *Dyssertacya o szlachetności, potrzebie i użytku chirurgii*, Kraków 1791.

[21] R.T. Morris, *Pięćdziesiąt lat...*, s. 63.

[22] H. Skarżyński, *Ten co zabił ślimaka*, [w:] *Dobry zawód*, red. K. Bochenek, D. Kortko, Znak, Kraków 2006, s. 188.

[23] W. Kozuschek, *Proszę o życie*, [w:] *Dobry zawód*..., s. 254.

[24] *Zawłaszczanie zwłok ludzkich*, Prace Komisji Etyki Medycznej 6, PAU, Kraków 1996.

[25] W. Stróżewski, *Kilka uwag filozoficznych dotyczących tematu: „Do kogo należą zwłoki ludzkie"*, Prace Komisji Etyki Medycznej 6, PAU, Kraków 1996, s. 10.

[26] H. Bankl, *Der Pathologe weiss alles... aber zu spät*, Goldman, Berlin 2003, s. 121.

[27] B.A. Rifkin, M.J. Ackerman, *Die Kunst der Anatomie. Körperdarstellungen aus fünf Jahrhunderten*, Knesebeck, München 2006, s. 39.

[28] M.D. Schmidt-Pospuła, *Rysunki do podręcznika Adama Bochenka „Anatomia człowieka"*, „Przegląd Lekarski" 1991, 48, s. 672.

[29] H. Schott, *Der Leichnam in der medizinhistorischer Sicht*, „Zeitschrift für medizinische Ethik" 1999, nr 45, s. 3.

[30] Th. Schnalke, *Veröffentliche Körperwelten*, „Zeitschrift für medizinische Ethik" 1999, nr 45, s. 24.

[31] A. Majewski, *Lekarz też*..., s. 62.

[32] Tamże, s. 64, 65.

[33] S. Gajzler-Klęk [w:] *Pamiętniki lekarzy absolwentów (1947–1952) UJ i AM w Krakowie z lat 1947–2005*, pr. zbior., Kraków–Warszawa 2006, s. 107.

[34] T. Boy-Żeleński, *Wspomnienia. Baudelaire, poeta krakowski*, [w:] tegoż, *Pisma*, PIW, Warszawa 1956, t. 2, s. 234.

[35] I. Chrzanowski, *Adam Asnyk*, PSB, t. I, s. 171.

[36] G. Rejman, *Do kogo należą zwłoki ludzkie?*, [w:] *Zawłaszczanie*..., s. 28.

Realdo Colombo (Renaldus Columbus) z Cremony (zm. 1577) – anatom, uczeń Vesaliusza, zastępował go w czasie wyprawy do Bazylei w sprawie druku *De fabrica corporis*, a potem był jego następcą. Opisał małe krążenie, opierając się na wiwisekcji. Wprawdzie sześć lat przed nim zrobił to już Servetus, ale spłonął na stosie, a z nim większość jego dzieł. Colombo swoje osiągnięcia życiowe ujął w powyższym dziele.

Zwróć, uwagę, Czytelniku, na stronę tytułową ze sceną przedstawiającą *theatrum anatomicum*, podobną do sceny w głównym dziele anatomicznym Vesaliusza, które stało się prototypem dla wielu grafików ilustrujących dzieła anatomiczne w owym czasie.

R. Columbus, *De re anatomica libri XV,* Nicolai Beuilacquæ, Venetiis 1559

Michał ostrożnie uchylił drzwi do prosektorium. Po powrocie z wojska wchodził tu po raz pierwszy.

Widocznie na niego czatowali. Ledwo wszedł, trafiła go ludzka kość na wpół spreparowana.

– A masz! Trzymaj! Na pohybel mu! Wynoś się, Michał! Precz z żołdakami! Wynoś się, Doutreval! Precz z pętakami! Wyjazd! Zmykaj stąd!

Strzępy preparatów zaczęły fruwać w powietrzu. Na Michała posypał się istny grad pocisków; trzydziestu studentów w białych fartuchach wrzeszcząc waliło, czym kto mógł. Wielki dryblas, porządnie już wyłysiały, i niski młodzian o okrągłej, dziecinnej twarzy przesłoniętej ogromnymi okularami w szyldkretowej oprawie dowodzili ogniem. Michał przechylił się za stół, zgarnął parę skrwawionych ochłapów, którymi w niego celowali, cisnął im je na powrót i rzucił się ku napastnikom krzycząc:

– O łajdaki! Ja wam pokażę!

Wskoczył między kolegów i bitwa się skończyła. Otoczyli go ze śmiechem, poklepywali serdecznie, kiedy obmywał twarz i ręce nad małą emaliowaną umywalką.

– To świństwo – oburzał się – tak mnie urządzić! Mnie, starego kolegę! U licha, nie jestem przecież fuksem z pierwszego roku! No, już spokój! A co tam u was słychać? Bodaj coraz bardziej świecisz łysiną, Seteuil?

– Chyba tak – uśmiechnął się zagadnięty. – Ale prawda, Michał, przyjdziesz do nas wieczorem po bankiecie?

– Oczywiście! O której?

– O dziesiątej – odparł Tillery, grubasek w wielkich okularach. – Już się bankiet skończy.

– Zabawimy się pysznie! – zapewniał Seteuil.

Zaczął wyłuszczać, co planuje na dzisiejszą noc. Tillery, z miną bardzo serio i wyrazem skupienia na swej drobnej, okrągłej i dziecinnej twarzy, słuchał i przytakiwał poważnie, połą białego fartucha wycierając okulary. Po czym wziął znowu skalpel i zabrał się na powrót do spreparowanego już w trzech czwartych trupa. Wszystkie mięśnie były odcięte. Pozostała tylko wielka, sinoczerwona masa, a w niej grube, żółtawe kości, powiązane długimi, białymi ścięgnami podobnymi do sznurów. Tillery niesłychanie starannie kończył obnażać ścięgna przedramienia, zeskrobywał drobniutkie kawałki na pół przegniłego ciała, zwijał je w kulki i jak fachowy rzeźnik rzucał pod stół, do kubła na odpadki. Inni, z papierosami w zębach, zabrali się znów do roboty, prześcigając się w grubych dowcipach i ordynarnych wyzwiskach. Instynktowna reakcja młodości zetkniętej brutalnie z twardą rzeczywistością ludzkiego życia, młodości, której grubiaństwo i bluźniercza wesołość jest bez wątpienia najprostszym przejawem rozpaczliwej potrzeby znieczulenia własnego serca, za wszelką cenę.

Seteuil trzymał w ręce nieokreślonego kształtu strzęp ciała, do którego przylegała jeszcze skóra i owłosienie. Skrobał od wewnątrz, odwracał, przewracał. Nagle przez chwilę wpatrzył się w to z bliska.

– Słuchaj no, Tillery – mruknął – wiesz, co ty tak żyłujesz? Wiesz ty, kto to jest?

Podsunął mu pod oczy płat ciała, przylepiony do palców: ludzka twarz oddzielona od kości, jakby żółta, pomarszczona i pofałdowana maska, w której na upartego można było jeszcze rozeznać twarz starej kobiety.

– Nie – odpowiedział Tillery.

– To ta twoja starucha ze szpitala, którą operował Géraudin.

Tillery wziął do rąk ową maskę, rozpostarł ją na dłoni i przyjrzał się uważnie.

– Masz rację – rzekł. – O, cholera!

Wpatrywał się przez chwilę w tę starczą ludzką skórę. Małe, szare oczy za wielkimi szkłami okularów stały się bardzo poważne.

– O, cholera! – powtórzył.

Przyglądał się w milczeniu. A potem jakby się zawstydził. Roześmiał się głośno. Podrzucił parę razy strzęp skóry na dłoni i małpując doskonale starego profesora Donata powiedział:

– Świetnie, świetnie, panowie... Zupełnie dobre.

I nagle już swym zwykłym głosem ryknął:

– Halo, halo! Łapaj, ofiaro losu!

Cisnął strzęp ludzki jak piłkę w stronę Seteuila, który chwycił go w powietrzu. I znów zaczęli mówić o wieczornym bankiecie.

Maxence van der Meersch, *Ciała i dusze*, tłum. H. i T. Evertowie, PAX, Warszawa 1957, s. 15-17.

Nie wiem, na czym wzorował się van der Meersch, pisząc swoją książkę, ale w Krakowie było tak.

W ciągu wielogodzinnych żmudnych zajęć prosektoryjnych prof. Kazimierz Kostanecki pozwalał śpiewać.

– Tu nie trupiarnia – mówił.

Ale niechby tylko któryś ze studentów zachował się bez należytego szacunku wobec zwłok (np. rzucanie częściami

ludzkiego ciała) lub pozwalał sobie na kabaretowe piosenki, nie mógł liczyć ani na pobłażanie, ani na to, że skończy studia...

XIII. Paracelsus i paracelsyzm

Poznanie budowy ciała ludzkiego było ogromnym postępem, acz wiedza o nim ciągle jest uzupełniana. Co prawda anatomia makroskopowa człowieka jest już zamknięta, ale badanie budowy ciała ludzkiego trwa nadal. Za postępami anatomii opisowej poszła anatomia narządów, budowa tkanek, komórek i – jako ostatni wyraz – budowa molekularna. Chociaż poznanie budowy ciała ludzkiego w XVI wieku dało początek rozwojowi medycyny nowożytnej, to nie przyniosło zmian w pojęciu choroby i nie dało odpowiednich rezultatów w jej leczeniu. Nadal wertowano starożytnych i opatrywano ich nowymi komentarzami. Zmiana sposobu myślenia przyszła znacznie później, ale pierwsze symptomy można widzieć już w tym samym XVI wieku.

Rok 1543, rok wydania dzieła Vesaliusza, przyjęto uważać za początek rozwoju medycyny nowożytnej. Ale łączyło się to z anatomią, przedmiotem teoretycznym, i ze wszystkimi – jak pamiętamy – konsekwencjami dla rozwoju chirurgii. Wszakże nie wolno zapomnieć o człowieku, który w zakresie medycyny

praktycznej już wcześniej zerwał ze starożytnymi autorytetami. A działo się to tak.

W dniu św. Jana Chrzciciela 24 czerwca 1527 roku w Bazylei, gdy palono ogniska, odpowiednik naszych sobótek, Paracelsus wrzucił w ogień *Kanon medycyny* Awicenny. Był to skandal, ale skandal zamierzony.

Działalność Paracelsusa na tle epoki przyrównywana jest do reformatorskich wystąpień Lutra („Luter medicorum") przez analogię do gestu spalenia przez tegoż bulli papieskiej.

Paracelsus - Phillippus Aureolus
Theophrastus Bombastus von Hohenheim
autor nieznany.

Nazywał się naprawdę **Theophrastus Bombastus von Hohenheim** (1493–1541), a nazwał się Paracelsus, co tłumaczyć można różnie: niby-Celsus albo: przeciwny Celsusowi. Po ukończeniu studiów w Ferrarze nie skoncentrował się na nauce starożytnych mistrzów medycyny, ale wędrował po całej ówczesnej Europie, nie wyłączając Polski, i zbierał praktyczne wiadomości od wszystkich, z którymi się spotykał, a byli nimi chłopi, stare baby, kowale, cyganie, kaci... Coraz bardziej dochodził do przekonania o słuszności doświadczenia czysto empirycznego, którego skuteczności sam doświadczał. Kiedyś wyrazi to następująco: „Medycyna nie jest niczym więcej, jak tylko jednym wielkim doświadczeniem" lub „Oczy, które się cieszą z doświadczenia, niech będą twoim nauczycielem". Taka postawa nie mogła mu zjednać przychylności ze strony sfer uniwersyteckich, ale mimo to trwał przy swoim.

Tego rozdźwięku pomiędzy czysto praktycznym skutkiem działania leku lub metody a medycyną naukową, dysponującą mniej lub więcej rozległym uzasadnieniem swojego działania, doświadczamy do dziś. Gdyby tak nie było, nie mielibyśmy tylu uzdrowicieli i tak licznych publikacji poświęconych medycynie naturalnej. Czy nie słuszniej byłoby, zamiast z politowaniem patrzeć na środki ludowej medycyny, przebadać ich skuteczność?

Paracelsus w 1527 roku znalazł się w Bazylei, a po szczęśliwym wyprowadzeniu z ciężkiej choroby jednego z tamtejszych dostojników, został lekarzem miejskim i profesorem uniwersytetu, na katedrze obsadzanej przez radę miasta. To dało mu asumpt do owego „ognistego" wystąpienia i wypowiedzi:

„Któż tego nie wie, że większość lekarzy naszych czasów naraziło chorych na wielkie szkody w najgorszy sposób, ponieważ niemal w niewolniczy sposób przylgnęli do słów Hipokratesa, Galena i Awicenny? [...] Nie tytuł i wymowa, nie znajomość języków, nie lektura licznych dzieł [...] są potrzebne lekarzowi, lecz głęboka znajomość natury i jej tajemnic”[1].

Urażeni profesorzy wydziału lekarskiego nie pozostali dłużni. W tymże 1527 roku na drzwiach kilku kościołów Bazylei przybito kartki z następującą treścią:

„Niech zdechnę, jeśli godny jesteś
nosić nocnik za Hipokratesem
lub karmić moje świnie.
Ty łajzo!
Stroisz się kawko w cudze pióra, ale
Twój rozgłos ma krótkie nogi.
Co możesz w swych wykładach powiedzieć,
że żyjesz z cudzych pomysłów?
Najlepszy byłby dla ciebie stryczek,
na którym mógłbyś się powiesić
zanim twe oszustwa wyjdą na jaw”.

Ludzie Galena
przeciw
Theophrastowi
lub lepiej
Cacophrastowi[2]

Mając oparcie w radzie miejskiej, prowokował członków wydziału lekarskiego, nauczając bez togi i w dodatku po niemiecku, a nie po łacinie. Jednak nie zatarg z wydziałem, lecz z radą miejską stał się pewnego dnia przyczyną, dla której Paracelsus musiał pośpiesznie i to nocą opuścić Bazyleę, by znów wędrować od

zajazdu do zajazdu, jak zwykle na koniu, z ogromnym mieczem. Tę swoją niezależność umieścił w dewizie: *Alterius non sit, qui suus esse potest* (Kto chce być panem samego siebie, nie może należeć do nikogo innego). Ale jego niespokojny duch skłaniał go do wiecznych awantur z lekarzami, którym wytykał nieuctwo i nieuczciwość; miał do nich stosunek cyniczno-szyderczy. Nie darował nawet swemu uczniowi Oporinowi: przyobiecał mu wypowiedzieć się na temat jego mądrości, gdy pokaże mu swój mocz po trzech dniach poszczenia. Gdy ten zjawił się w odpowiednim czasie Paracelsus, nie spoglądając nawet na naczynie z moczem, powiedział: „Gdybyś nie był osłem, nigdy byś nie uwierzył w takie głupstwa!".

Mimo oparcia swego postępowania lekarskiego na prostym doświadczeniu, czyli empirii, Paracelsus nie był pozbawiony własnej wizji człowieka w jego zmaganiu się z chorobą. Pomiędzy światem zewnętrznym – makrokosmosem a człowiekiem – mikrokosmosem zachodzi daleko idąca współzależność. Człowiek, który jest zbudowany z takich samych pierwiastków, podlega tym samym prawom. Te same procesy, które dzieją się we wszechświecie, zachodzą w organizmie człowieka. Człowieka zatem poznać można przez poznanie natury, poznanie wszechświata. Stąd lekarz powinien znać się na gwiazdach.

Paracelsus utożsamił naturę z Bogiem. Dlatego natura może leczyć sama, bo jest boska. „Lekarz jest sługą natury" – twierdził, i w doborze sposobu leczenia trzymał się środków naturalnych: dieta, świeże powietrze, wody mineralne, spokój; wszystko to sprzyja działaniu leczniczemu. Natura może leczyć sama, jak w przypadku gojenia ran, i nie należy jej w tym przeszkadzać.

Dlatego usunął wszystkie dotąd stosowane środki z kauteryzacją włącznie, na korzyść utrzymania ran w czystości. Niektórzy historycy dopatrują się w tym pierwszych prób aseptyki.

Paracelsus intensywnie zajmował się alchemią. Nic dziwnego więc, że w rozumieniu procesów zachodzących w organizmie człowieka dopatrzył się wewnętrznego alchemika, którego nazwał archeuszem. To on zarządza czynnościami ciała, zazwyczaj w sposób skuteczny. Czasem jednak trzeba go wspomóc, wprowadzając z zewnątrz pewne czynniki; nazwał je akanami. Były to leki proste, pochodzące z trzech królestw przyrody, rzecz jasna najwięcej ze świata roślinnego. Paracelsus zdawał sobie sprawę – nie on pierwszy zresztą – jakie rośliny i jakie ich części mają właściwości lecznicze, ale poszedł dalej i twierdził, że w tym, co otrzymujemy z danej rośliny w wyniku procesów przygotowawczych, właściwości lecznicze mają tylko zawarte w nich ciała czynne: *corpora agenda*. Starał się zatem uzyskać odpowiednie stężenie przez destylację. Stąd pojawiło się pojęcie: *quinta essentia*. Myśl Paracelsusa o ciałach czynnych rozwinęła w XIX wieku farmacja, starając się uzyskać owe ciała z opium, chininy, naparstnicy i innych substancji roślinnych, co w dużej mierze się udało, jednak proces ten trwa nadal, a działanie niektórych leków pozostaje w granicach empirii.

Inny pogląd Paracelsusa dotyczył tzw. teorii sygnatur. Jego zdaniem, Stwórca naznaczył niektóre z roślin bądź to kształtem, bądź kolorem, ułatwiając zrozumienie, w jakich chorobach mogą być przydatne. Tak zatem rośliny o liściach sercowatych stosowane mają być w chorobach serca, a rośliny mające żółte kwiaty w żółtaczce etc.

W zastosowaniu leków mineralnych datuje się od czasów Paracelsusa wyraźny przełom. Zastosował on bowiem środki metaliczne w postaci preparatów antymonu, żelaza, rtęci, miedzi, ołowiu. Przez wprowadzenie do lecznictwa preparatów chemicznych stał się Paracelsus właściwym twórcą farmacji.

To, że ciała chemiczne działają silniej niż mieszanki ziół, było łatwe do stwierdzenia, ale kryło zarazem wielkie niebezpieczeństwo. Stosując nowe, silne leki, Paracelsus nie miał pojęcia o ich dawkowaniu, a droga do testowania leków na zwierzętach była jeszcze daleka. Łatwo mogło się zdarzyć, że w wyniku przedawkowania dochodziło do śmierci. To mu zarzucano. I pewnie sporo było w tym racji. Taką opinię o alchemikach przekazał też J.W. Goethe. Jego Faust mówi o swym ojcu, który leczył środkami alchemicznymi (*Faust*, cz. I, w. 1055–1062, tłum. F. Konopka):

„[...] pacjenci gaśli,

A nikt nie pytał, czy wyzdrowiał kto?
Tak to szaleliśmy sobie dowoli
Z lekiem piekielnym wśród gór tych i dolin,
Więcej niż dżuma sama psując krwi.
Z rąk moich własnych trutkę brali chorzy.
Oni pomarli – a jam musiał dożyć,
Że świat morderców dwóch bezczelnych czci".

Paracelsus bronił się zajadle, twierdząc, że to co służy człowiekowi nie może być trucizną, a tylko to co mu nie służy jest trucizną. Paracelsusowi przypisuje się też twierdzenie, które nie straciło swej aktualności:

Omne et nihil venenum est, criterium optimum – dosis

Wszystko i nic nie jest trucizną, najlepszym kryterium jest dawka.

Paracelsus nie odrzucił nauki o czterech elementach i ich konsekwencji w postaci czterech soków ustrojowych, lecz uzupełnił ją trzema substancjami chemicznymi: sól, siarka, rtęć. O ile tamte są „kobiece" i bierne, o tyle jego elementy są „męskie" i czynne. Owe *tria prima* (trzy pierwsze) mają charakter zagadkowy i nie należy ich rozumieć dosłownie, lecz w znaczeniu ezoterycznym: sól oznacza coś trwałego, siarka – palnego, rtęć – zwiewnego, unoszącego się jak dym.

Mniej zagadkowa i bardziej zrozumiała jest jego nauka o pięciu przyczynach ludzkich cierpień – *quinque entia*:

1. *ens astrorum* – szkodliwe działanie ciał niebieskich;
2. *ens veneni* – trucizny wchłaniane przez nas;
3. *ens naturale* – przyrodzona konstytucja naszego ciała;
4. *ens spirituale* – ogół naszych przeżyć i doznań;
5. *ens ideale* – życie duchowe, którego lekarzem może być tylko sam Bóg[3].

Paracelsus pozostał dzieckiem epoki; nie obalił starych autorytetów. To co jednak im przeciwstawił, zawarł w krótkich słowach: *experientia et labor*, a zatem doświadczenie i własny trud. Lub inaczej wyrażone: *experimenta ac ratio*, a zatem badanie i wyprowadzanie wniosków. Ale to stanie się udziałem badaczy dopiero w XVII wieku.

Najmniej podkreślana przez historyków medycyny jest strona etyczna działalności Paracelsusa: tak osobista, jak i społeczna. Potrzebne było spojrzenie historyka filozofii. Okazało się wtedy, że

„był to człowiek odznaczający się wyjątkową wrażliwością etyczną – i to zwłaszcza w zakresieetyki zawodowej i społecznej. Niemało zawdzięcza mu konkretyzujący się i utrwalający z biegiem czasu kodeks moralności lekarskiej”[4].

W tym świetle widziany spór z bazylejską radą wydziału lekarskiego nie miał na celu wyłącznie obrony starożytnych mędrców, lecz także całkiem przyziemny wymiar: by nie pozbawiać lekarzy, wykształconych na starożytnych kanonach medycyny, pacjentów, zwłaszcza pacjentów ze sfer uprzywilejowanych.

To dopełnienie sylwetki reformatora medycyny z doby reformacji może okazać się nader aktualne i dla naszych czasów. Posłużmy się zatem dłuższym cytatem tegoż historyka filozofii:

> „Ważną rolę w budowie świata i zaludniających go jestestw spełnia też zasada zła i braku: *cagastrum*. Każdy lekarz powinien być świadomy tej wspólnej wszystkim rzeczom genezy i pamiętać, jak wielką tajemnicą jest życie, sięgające o wiele dalej, niż się to zwykle przyjmuje. Będzie on mógł utrzymywać i rozwijać w sobie tę świadomość powszechnego życia, gdy swoją wiedzę i praktykę lekarską oprze na czterech kolumnach: na filozofii (rozumianej jako filozofia przyrody), pozwalającej mu poznać sferę żywiołów ziemi i wody, na astronomii, dotyczącej sfer powietrza i ognia, na alchemii, umożliwiającej dotarcie w każdej rzeczy do najgłębszego jej tworzywa – i na cnocie, sprawiającej, że lekarz staje się kimś w rodzaju proroka i kapłana, a nie szukającego tylko korzyści własnych wyrobnika”[5].

W naszych czasach doczekał się Paracelsus swoistego uznania. W Niemczech nazistowskich stał się uosobieniem germańskości, zwłaszcza przez to, że zwrócił się do ludu (*Volks*) i jego medycyny. Teraz zaś staje się patronem medycyny alternatywnej. W tym duchu książę Walii, występując w 1982 roku w towarzystwie

lekarskim w Londynie, powiedział: „W naszych czasach, w których nauka oddala się od natury, nadchodzi właściwy moment, w którym należy przypomnieć Paracelsusa”.

Związki Paracelsusa z Polską są niejasne. Trudno wyobrazić sobie, by wędrując po całej Europie, nie był także tutaj. Istnieją przypuszczenia, że odbył z lekarzami dysputę w Gdańsku i bodaj w Wilnie, a potem z księciem tatarskim wędrował przez Moskwę do Konstantynopola. Miał trzech uczniów Polaków. Ale to wszystko niepewne. Pewny jest tylko fakt, że udzielił porady Franciszkowi Bonerowi z Krakowa, który posłał do Paracelsusa, do Salzburga, posłańca z prośbą o pomoc. Porada zachowała się w jego pismach. Pobyt Paracelsusa w Polsce datuje się na lata 1520–1523, za panowania Zygmunta Starego[6].

Przypisy

[1] Paracelsus, *Der grossen Wundartzney*, Augsburg 1536 [reprint: Verlag Th. Schäfer, Hannover 1989; cyt. z: *Posłowie*, Udo Benzenhöfer, s. 1].

[2] Tamże, s. 1.

[3] Por. S. Świeżawski, *Między średniowieczem a czasami nowymi*, Biblioteka „Więzi”, Warszawa 1983, s. 285.

[4] Tamże, s. 287.

[5] Tamże, s. 284.

[6] W. Szumowski, *Żywot i nauka Paracelsa, lekarza, alchemika i filozofa niemieckiego z epoki odrodzenia*, „Przegląd Lekarski” 1909, 48, nr 2–4, s. 27.

J.W. Goethe, pisząc dramat o Fauście, nie mógł pominąć alchemii. Najbliższym źródłem były rzecz jasna pisma Paracelsusa. Stąd w I części *Fausta* w scenie „Przed bramą miasta” takie do niego odniesienie:

Ojciec mój, zacny badacz ciemnych sił,
Wciąż o naturze i jej kręgach świętych
Szczerze, a jednak na swój sposób mętny,
W urojeń pełnym trudzie śnił.
W czarnej się kuchni zazdrośnie zamykał
I tam z uczonych swych adeptów rzeszą
Podług tajemnych przepisów bez liku
Niezgodne z sobą ingrediencje mieszał:
Lwa czerwonego gacha, z lilią żenił.
W letniej ich wodzie pławiąc na miednicy,
Po czym tych dwoje na wolnym płomieniu
Z jednej do drugiej przeganiał łożnicy,
A gdy królowej zwid w retorcie zalśnił,
Tęczową barwą rozjaśniając szkło...
Ot – i gotowy lek.

cz. I, w. 1041–1055, tłum. F. Konopka

Mój ojciec, widzisz, parał się ciemnymi siły
w jego pracowni w tyglach się rodziły
one leki i maści, czarodziejskie brednie,
które w nocy spłodzone, leczyć miały we dnie.
Ogółem biorąc był to człowiek sprawiedliwy,
który wierzył w te swoje obłąkane dziwy –
wierzył – więc był spokojny i czysty w sumieniu.
Owe lwy i lilije żenione w płomieniu
na łożu madejowym rozciągał i smażył,
Aż królewnę rumianą w retorcie uwarzył.

cz. I, w. 978–987, tłum. E. Zegadłowicz

Gdy Goethe mówi o „czerwonym lwie, dziarskim oblubieńcu, który w letniej kąpieli zaślubi białą lilię", to u Paracelsusa znaczy: element męski (czerwony siarczek arsenu As S) łączy się z elementem żeńskim (białą rtęcią), aby wytworzyć kamień filozoficzny, a następnie złoto (według Tadeusza Estreichera).

W II części *Fausta* w akcie I inne nawiązanie do alchemii. Mówi astrolog, któremu podpowiada Mefistofeles:

Słońce jest szczerym złotem, słońcu hołd!
Merkury służy za łaskę i żołd.
Wenus was wszystkich wzięła swym urokiem,
Wciąż do was wdzięcznym uśmiecha się okiem;

Słońce to szczere, lite złoto,
Merkury dany nam jest do pomocy,
Wenus zapładnia nas tęsknotą
o każdej porze dnia i nocy;

Dziewicza Luna zmienne ma humory,
Mars siłą grozi, do ciosu nieskory.

Jupiter świeci w najjaśniejszej krasie,

Saturn, choć wielki, z dala mały zda się.

Jako metalem ludziska nim gardzą,

Małą ma wartość, ale ciężki bardzo.
Tak jest!

w. 4969–4979, tłum. F. Konopka

panieńska Luna ułudnie kaprysi,
zwłaszcza gdy wdzieje swój kołpaczek lisi;
Mars godzi siłą w nas, a pięknem Jowisz
i Saturn – choć go ledwo okiem złowisz;
metal nieosobliwy w nim, choć przecie
waga jego dosadna we wielkim wszech świecie.

w. 434–443, tłum. E. Zegadłowicz

Za: J.W. Goethe, *Faust*, cz. I i II, tłum. F. Konopka, PIW, Warszawa 1962, oraz *Faust*, tłum. E. Zegadłowicz, PIW, Warszawa 1953.

Alchemicy oznaczali metale nazwami planet: Słońce – złoto, Merkury – rtęć, Wenus – miedź, Księżyc – srebro, Mars – żelazo, Jowisz – cyna, Saturn – ołów.

XIV. Odkrycie krążenia krwi i początki fizjologii eksperymentalnej

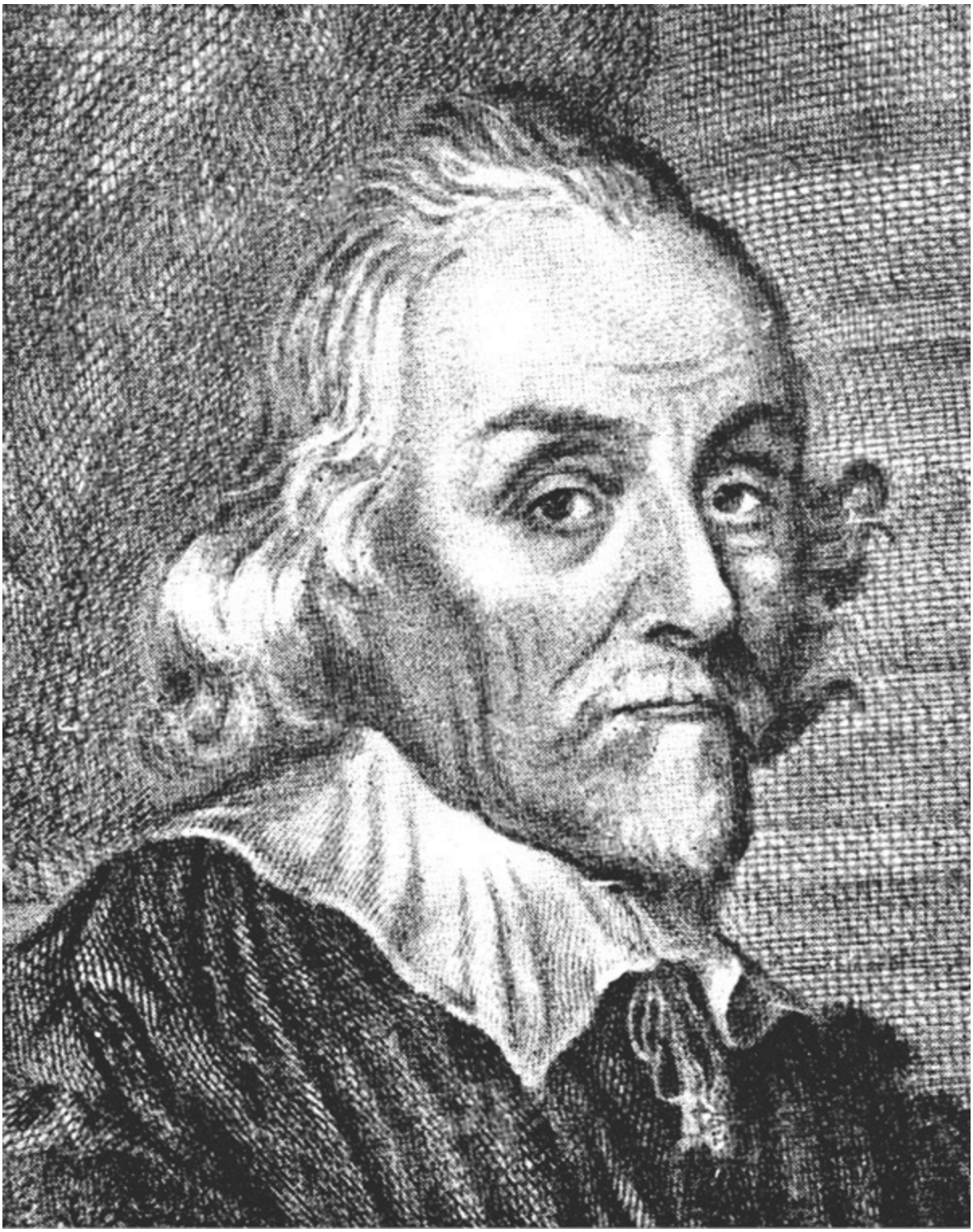
1. W. Harvey – odkrycie krążenia

Przyjmuje się, że do odkrycia krążenia doszło w 1616 roku. Dokonał tego angielski lekarz William Harvey (1578–1657) w wyniku dwadzieścia lat trwających obserwacji i eksperymentów, wykonywanych na różnych gatunkach zwierząt. Odkrycie swe przekazał do publicznej wiadomości, publikując w 1628 roku we Frankfurcie nad Menem rozprawę: *Exercitatio anatomica* ***de motu cordis et sanguinis*** *in animalibus.*

Dlaczego do tak podstawowego dla czynności ciała ludzkiego odkrycia doszło tak późno? Przecież już człowiek pierwotny zdawał sobie sprawę, że życie związane jest z oddychaniem

i biciem serca (człowiek oddycha lub nie oddycha, serce bije lub nie bije; a zatem wiadomo czy człowiek żyje, czy nie żyje), a każde zranienie wskazywało na to, że krew jest wszędzie.

Chińczycy mieli niejakie pojęcie o tym, że krew „krąży bez przerwy", ale ich koncepcja zdrowia i choroby nie wymagała znajomości anatomii, a tym bardziej fizjologii.



William Harvey, sztych Corneliusa Jansena

Podobnie było u starożytnych. Ich wyobrażenia o zdrowiu i chorobie, a stąd wynikające konsekwencje dla leczenia, pozwalały zepchnąć na plan dalszy zagadnienia związane z fizjologią krążenia, trawienia, wydzielania. Wystarczały pojęcia ogólnikowe. Zdaniem Arystotelesa, pokarm przygotowany wskutek działania ciepła i pneumy przez naczynia krezki dostaje się do serca. Tu zamienia się w krew. Krew wzbogacona pokarmem kipi w naczyniach, co przejawia się pulsowaniem. Gęsta czarna krew służy do odżywiania narządów podbrzusza, świeża, jasna zaopatruje organy zmysłowe i górne partie ciała.

Bicie serca było łatwo zauważalne, jak i tętno, którego liczba odpowiadała jego uderzeniom. Ale czy musiało to świadczyć o krążeniu krwi? Szybkość krążenia krwi i fala pulsu są procesami oddzielnymi. Wtedy znano tylko puls. Morze w przesmyku pod Eginą płynie raz w jednym, raz w drugim kierunku; to nasuwało analogię. Łódź dryfująca na jeziorze poddawana jest ruchowi fal, unosi się i opada, ale pozostaje w miejscu. To by wystarczyło, aby zrozumieć, że puls nie musiał się wiązać z ruchem krwi, a już na pewno z jej obiegiem. To co wiedziano, a raczej czego się domyślano, nigdy i nigdzie nie zostało jednoznacznie sformułowane.

Również Galen, który tak wiele wiedział o fizjologii (odróżniał nerwy czuciowe od ruchowych, wiedział, że mocz powstaje w nerkach, a nie w pęcherzu etc.), nie pozostawił opisu krążenia. Trzeba było z ułamków wiadomości wciśniętych w różne pisma dokonać rekonstrukcji. Oto ona (podaję za Sigeristem):

Strawiony **pokarm** z przewodu pokarmowego
przez *vena porta* dostaje się do wątroby — tu zamieniony zostaje w **krew** + *spiritus naturalis* czynnik warunkujący życie wegetatywne.

Krew rozchodzi się po całym organizmie:
część przez *vena cava* trafia do **prawego serca**, a stąd do płuc – tu pozbywa się części zużytych; część do **lewego serca** – przez przegrodę międzykomorową.

Tu miesza się z **powietrzem**,
które dostało się przez żyły płucne
krew + powietrze wyzwala proces podobny do spalania, stąd ciepło — + *spiritus vitalis* czynnik warunkujący życie zmysłowe

Aortą
krew rozchodzi się po całym organizmie — część dostaje się do mózgu + *spiritus animalis* czynnik warunkujący życie rozumne, duchowe.

Poprzez nerwy rozchodzi się po całym organizmie
i wyzwala funkcje nerwowe.

Rzecz jasna, teoria jest błędna, ale logicznie wyjaśnia wszystko: różnicę pomiędzy krwią żylną a tętniczą, powietrzem wdychanym a wydychanym, związki pomiędzy pożywieniem, powietrzem, krwią, ciepłotą ciała a organizmem. Co najważniejsze, uznaje krew za nośnik materiałów koniecznych do życia. Dlatego przetrwała półtora tysiąca lat.

Starożytni zakładali istnienie w przegrodzie międzykomorowej drobnych otworów (*foramina septi*). Rzecz ciekawa, że ich istnieniem – a raczej nieistnieniem – nie zainteresowali się

w czasach nowożytnych ani Leonardo da Vinci, ani Vesaliusz. Przez to sprawa wyjaśnienia krążenia opóźniła się o całe sto lat.

Tu nieco miejsca poświęćmy tętnu. Nauka o tętnie, sfygmologia, odegrała ogromną rolę w medycynie. Bicie serca i tętno, którego liczebność odpowiadała jego uderzeniom, były łatwo dostrzegalne. To spostrzegł już Herofilos z Chalcedonu: opisał puls i jego odmiany związane z częstotliwością, rytmem i siłą, nawiązując przy tym do teorii muzyki Aristoxenosa z Tarentu.

Znaczenie tętna ogranicza się dziś do częstości pulsu, wypełnienia tętna, napięcia i miarowości, które to cechy mają, a raczej miały pewne znaczenie diagnostyczne. Ale jakim wyczuciem tętna i jego odmian musiał dysponować dawny lekarz, który na tej podstawie był w stanie postawić daleko idące rozpoznanie i wyprowadzić wnioski co do leczenia! Pisał o tym Józef Struś (1510–1548), profesor uniwersytetu padewskiego, autor znakomitego dzieła *Sphygmicae artis libri quinque* (Bazylea 1555), które weszło do literatury światowej. Struś nie ukrywał, że właśnie dzięki diagnozowaniu z pulsu dorobił się znacznego majątku. Musiał być zatem dobrym diagnostą i dobrym lekarzem.

Znany nam z dawna obraz lekarza lub pielęgniarki liczącej z zegarkiem w ręce ilość uderzeń serca na minutę sugeruje podobny sposób badania przez dawnych lekarzy. Nic bardziej błędnego. Kiedy wprowadzono zegary? A kiedy zegarki z minutnikiem? Odwrotnie więc, gdy nauka skierowała się ku eksperymentowi i potrzebne okazały się krótkie wymiary czasu, to właśnie puls służył do ich mierzenia.

Wróćmy do odkrycia krążenia. Harvey po studiach w Padwie (1602) został profesorem anatomii w College of Physician

w Londynie i lekarzem królewskim Karola I, ale – co ważniejsze – również lekarzem Francisa Bacona, co miało znaczenie dla jego badań eksperymentalnych. To Bacon przecież odrzucił sylogizmy i wprowadził jako metodę badawczą eksperyment, a jako rozumowanie indukcję. Harvey doszedł do swoich odkryć właśnie poprzez eksperyment, wykonując sekcje i wiwisekcje.

Jedno z doświadczeń było wyjątkowo proste: zaciskał żyłę pustą (*vena cava*) i obserwował, że odcinek dośrodkowy zapada się, a odśrodkowy wypełnia. To znaczy: krew nie tylko z serca płynie na obwód, ale i z obwodu do serca.

W naczyniach żylnych znalazł zastawki. Nie on pierwszy je widział. Zastawki w sercu spostrzegł Erasistratos z Keos i co więcej domyślał się nawet istnienia kapilarów; zatem był bliski odkrycia krążenia. Poszedł jednak za błędną sugestią, że naczynia wypełnia nie krew, lecz pneuma, która rozchodzi się po całym organizmie. Zastawki znał też Fabricius ab Aquapendente z Padwy, ale wyjaśnienie ich roli było wciąż otwarte. Przypadło ono Harveyowi. Wykonał eksperyment, nader prymitywny, a jakże w skutkach chwalebny. Żylaste ramię robotnika przewiązał opaską (jak dziś przy pobieraniu krwi), w wyniku czego na przedramieniu nabrzmiały żyły i ujawniły się zgrubienia w miejscu zastawek. Wtedy wycisnął palcem krew w kierunku odśrodkowym i stwierdził, że żyła nie wypełnia się od góry krwią. Zatem zastawki utrudniają cofanie się krwi, a odwrotnie ułatwiają jej wędrówkę ku sercu.

Sternberg twierdzi, że myślenie scholastyczne towarzyszy lekarzowi do dziś. Czy tak jest rzeczywiście? Fizjologia – patrząc teologicznie – odnosi się do Arystotelesa i jego tezy: *Nihil facit*

frustra natura (Natura nic nie czyni na próżno). To zdanie u Tomasza z Akwinu brzmi: *Deus et natura nihil faciunt frustrat* (Bóg i natura nie czynią niczego na próżno). Tak też rozumował Harvey: skoro natura umieściła tyle zastawek, nie jest to bez znaczenia, bowiem *Nihil facit frustra natura...*

Ale inna teza Harveya, poparta również doświadczeniem, miała fundamentalne znaczenie dla udowodnienia krążenia. Obliczył on, że waga wyrzucanej do płuc krwi wynosi 2 uncje, i że tyle samo krwi z płuc powraca do serca. To przemnożył przez liczbę uderzeń serca w minucie, a następnie pomnożył przez ilość minut w godzinie i otrzymał następujący rachunek:

72 x 60 x 2 = 8640 uncji.

Ten ciężar równa się trzykrotnej wadze ciała. Czy to możliwe, by tyle krwi powstawało każdorazowo z pokarmu? Czy możliwe, by krew magazynowana była w tkankach? Nonsens! Można to wyjaśnić jedynie stałym obiegiem krwi.

To ogromne odkrycie przyjęte zostało bardzo cierpko. Trudno to zrozumieć, ale spróbujmy wejść w ówczesną mentalność. Serce, siedlisko najszlachetniejszych uczuć (zapytajcie o to zakochanych), sprowadzone zostało do roli pompy, podlegającej prawom fizycznym. Od terminu: *circulatio sanguinis* nazwano Harveya cyrkulatorem (w domyśle: szaleńcem). Odbiło się to na kondycji finansowej wielkiego odkrywcy, stracił bowiem pacjentów. Kiedy umierał zaszczuty w samotności, nie zdawał sobie sprawy, że jego pomnik stanie kiedyś na brzegu Tamizy.

Wróćmy jednak do dzieła Harveya, wydanego drukiem w 1628 roku we Frankfurcie nad Menem, mieście znanym z handlu

książkami. Sądząc po tytule: *Exercitatio anatomica*... to rozprawa anatomiczna, a nie fizjologiczna, jak można by się spodziewać, a to dlatego, że takie pojęcie jeszcze wtedy nie istniało. Ale zauważmy: obok znanej dotychczas anatomii obserwowanej na zwłokach, a zatem statycznej, pojawia się anatomia ożywiona. I tak ją właśnie nazwano: *anatomia animata*.

Z doświadczeniem Harveya nastąpiła przemiana w myśleniu lekarskim na miarę rewolucji kopernikańskiej, chociaż długo jeszcze z tego nie zdawano sobie sprawy. Antyk znał myślenie kwalitatywne, jakościowe: suchość – wilgoć, zimno – ciepło. W to miejsce weszło myślenie kwantytatywne, ilościowe: rozmiar (tj. ilość krwi), masa (tj. masa krwi mierzona w uncjach) i czas (tj. szybkość mierzona odliczaniem pulsu). Są to zatem elementy, które stanowią istotę metody eksperymentalnej.

Odkrycie krążenia spowodowało upadek teorii Galena o trzech czynnikach nazwanych *spiritus* (*naturalis*, *vitalis* i *animalis*). Do ostatecznego upadku patologii humoralnej przyczynią się później odkrycia chemiczne.

2. A. Haller – fizjologia eksperymentalna

Znamienny krok w kierunku fizjologii, jaki uczynił swym odkryciem krążenia Harvey, nie mógł pozostać bez znaczenia. Harvey nazwał swą naukę *anatomia animata*, bowiem nie było jeszcze pojęcia i nazwy fizjologii, która dopiero się kształtowała. Jej

twórcą był Albert Haller (1708–1777), Szwajcar z pochodzenia, niezwykle zdolny człowiek, który w 15. roku życia rozpoczął studia medyczne w Tybindze, a potem był uczniem Boerhaavego w Lejdzie; po licznych wędrówkach naukowych znalazł się w Getyndze, by na starość wrócić w rodzinne strony. Umysł nieprawdopodobnie wielki; zapisał swe imię w anatomii (*arcus lumbocostalis diaphragmatis s. Arcus Halleri*; *rete testis s. rete Halleri*), fizjologii, botanice, a niedawno wydano reprint jego wierszy. On to objął całość czynności ciała ludzkiego nazwą fizjologii, a katedra anatomii, chirurgii i botaniki w Getyndze, na której zasiadał długie lata (1736–1753), słusznie może być widziana jako pierwsza w świecie katedra fizjologii.

Haller wydał podstawowe swe dzieło *Primae lineae physiologiae* w 1747 roku (miało liczne wydania), a od 1757 roku zaczął drukować inne dzieło *Elementa physiologiae corporis humani*, które ostatecznie miało 8 tomów i ukazało się w szeregu wydań.

Uczony skoncentrował się na tym, jak działają nerwy i jak dochodzi do skurczu mięśni. Odwołał się do wykładów Boerhaavego, który dał przykład z codziennego doświadczenia: jeśli siedzimy dłuższy czas, cierpną nam nogi, mamy trudności ze wstawaniem, odczuwamy mrowienie; powoli to wszystko ustępuje. Boerhaave wyprowadza wnioski: praca mięśni jest uwarunkowana przez nerwy, które wychodzą z mózgu i rozchodzą się po całym ciele. Gdy uciskamy nerw, ustaje i czucie, i ruch. Dzieje się tak, bo przez nerwy płynie ciecz („spiritus"). Włókna mięśniowe napełniane płynem kurczą się; stąd ruch.

Zajmowało go głównie zagadnienie drażliwości i czułości. Wyizolowane serce, odcięte od mózgu i naczyń krwionośnych,

jeszcze długo bije; zatem muszą być inne czynniki, które powodują jego ruch. Podobnie z przewodem pokarmowym. Wprowadził nowe pojęcia: drażliwość (*irritabilitas*) i czułość (*sensibilitas*). Drażliwością cechują się mięśnie, dlatego się kurczą. Nerwy odczuwają ból, bo cechuje je czułość. W pierwszym przypadku systemem nerwowym wędrują bodźce z mózgu do mięśni, w drugim – do mózgu.

Haller wykonywał swe doświadczenia na zwierzętach. Przyznawał się, że robił je z całym okrucieństwem na 190 żywych zwierzętach, co usprawiedliwiał pożytkiem dla rodzaju ludzkiego. Przecież zjadamy mięso zwierząt i nie odczuwamy z tego powodu winy...

Działalność Hallera przypada na czas ówczesnych sporów między dualistyczną a materialistyczną koncepcją świata. „Z pomocą ścisłej metodyki fizjologii eksperymentalnej spróbował Haller ruch i czułość oddzielić od siebie i zapewnić dualizm funkcjonującej według pewnych praw maszynie ciała i nieśmiertelnej duszy, w przeciwieństwie do animizmu Stahla i materializmu La Mettriego, ponieważ tylko w ten sposób widział zagwarantowane prawo Stwórcy" (U. Boschung).

Osiągnięcia Hallera nie wytrzymały próby czasu, ale to on nadał badaniom kierunek eksperymentalny.

Problem cieczy, która przechodząc nerwem do mięśnia, miała wywoływać jego skurcz, rozwiązał Jan Swammerdam (1637–1680). Do naczynia szklanego zakończonego rurką włosowatą wprowadził mięsień i całość wypełnił płynem. Mięsień po wpływem bodźca elektrycznego kurczył się, a mimo to poziom płynu w rurce nie ulegał zmianie. Dowodziło to, że mięsień nie

przybrał na objętości, a zatem jego skurcz nie był wynikiem przedostawania się do mięśnia jakiejś cieczy. Szkoda tylko, że prace jego nie ukazały się za życia. Wydał je pośmiertnie Boerhaave, nadając im tytuł *Biblia Naturae* (Lejda 1737–1738).

Jeżeli z uwagą spojrzeć na obraz barokowego malarza Jana Steena (1626–1679) „Wizyta lekarska", wtedy dostrzeże się dziwne zachowanie doktora. Zrozpaczona matka przyzywa do chorej córki lekarza, a ten chwyta ją za puls i głupio się uśmiecha. Oj, doktorze, to zupełnie nie po lekarsku.

Sprawa się wyjaśni chwilę później, gdy doktor zacznie wymieniać imiona – same męskie. Przy jednym z nich serce pacjentki uderzy

mocniej, co utwierdzi go we wstępnej diagnozie: dziewczyna jest zakochana.

Takie przykłady znamy z literatury arabskiej, włoskiej (*Dekameron* Boccaccia) i polskiej. Spójrzmy, jak to wygląda na polskim przykładzie. Przywołajmy słowa Józefa Strusia.

Jakie jest tętno miłości

Pamiętam, że kiedyś dawno już temu, zrobiłem pierwszy eksperyment z tętnem miłości u żony pewnego znakomitego męża, którą podejrzewałem, że dała się unieść miłości wiarołomnej, lecz nie wiedziałem do kogo. Kiedy pewnego dnia siedziałem przy tej kobiecie, zacząłem rozmyślnie wypytywać ją o bardzo wiele rzeczy, których poznanie wydawało się potrzebne dla jej leczenia (albowiem jej małżonek wyruszając za granicę, powierzył ją mojej trosce, by leczyć ją w czasie gorączki). Jednocześnie zaś chwytałem ją za rękę i od czasu do czasu dotykałem tętnicy. Raz po raz wspominałem wobec niej o wielu ludziach i nazywałem ich po imieniu. Kiedy zaś między innymi wymieniłem także tego, dla którego umierała z miłości, natychmiast tętno zaczęło się zmieniać i z naturalnego stawać się o wiele mniejsze, szybsze, częstsze i słabsze, lecz odbywało się to w sposób bardzo nierówny; bez żadnego porządku tętna małe zmieniały się na duże, słabe na gwałtowne i znowu odwrotnie; podobnie też szybkie przechodziły w powolniejsze, dosyć częste w rzadsze i odwrotnie; ta zaś zmiana pulsów trwała jakiś czas i nie zakończyła się szybko. Wtedy domyśliłem się, że ten właśnie młodzieniec jest jej gachem i że na wzmiankę o nim jedynie przestraszyła się i wprowadziła zakłócenie do swoich pulsów; nie

występowało to kiedy indziej, kiedy wspominałem innych młodzieńców z wyjątkiem owego gacha. Takie zaś tętno znalazłem u niej na wzmiankę gacha, jakie występuje pod wpływem strachu, kiedy przeciwstawia mu się rozum i człowiek staje się zatroskany i niespokojny. Słusznie zaś powiedział Galen, pisząc komentarz do pierwszej księgi *Rokowań* Hipokratesa, że nie istnieje żadne tętno właściwe miłości, gdyż tętnice nie dają żadnego tętna miłosnego, lecz wykazują niespokojny umysł kochającego.

Nauki o tętnie ksiąg pięcioro przez Józefa Strusia spisanych z oryginału łacińskiego, przełożyli Jan Wikarjak i Maria Wikarjakowa, Wydawnictwo Poznańskie, Poznań 1968, rozdz. 14, s. 257

XV. U progu współczesnej medycyny

1. Nieco teorii medycyny

Jeśli historia medycyny ma pomóc w zrozumieniu czym jest medycyna, nie od rzeczy będzie w tym miejscu poświęcić nieco uwagi teoretycznym założeniom, co zwłaszcza dla polskiego czytelnika może być i interesujące, i pożyteczne, bowiem polski lekarz był w swoim kształceniu przez dłuższy czas pozbawiony wykładów nie tylko z historii medycyny, ale filozofii medycyny i wszelkich związanych z nią zagadnień teoretycznych. A teoria medycyny porządkuje naszą wiedzę o człowieku zdrowym i chorym. Przypomnijmy: zadaniem nauki jest nie tylko odkrywanie nowych zjawisk, ale również porządkowanie, systematyzowanie i tych nowych, i tych starych, już znanych. Korzystajmy z doświadczenia innych.

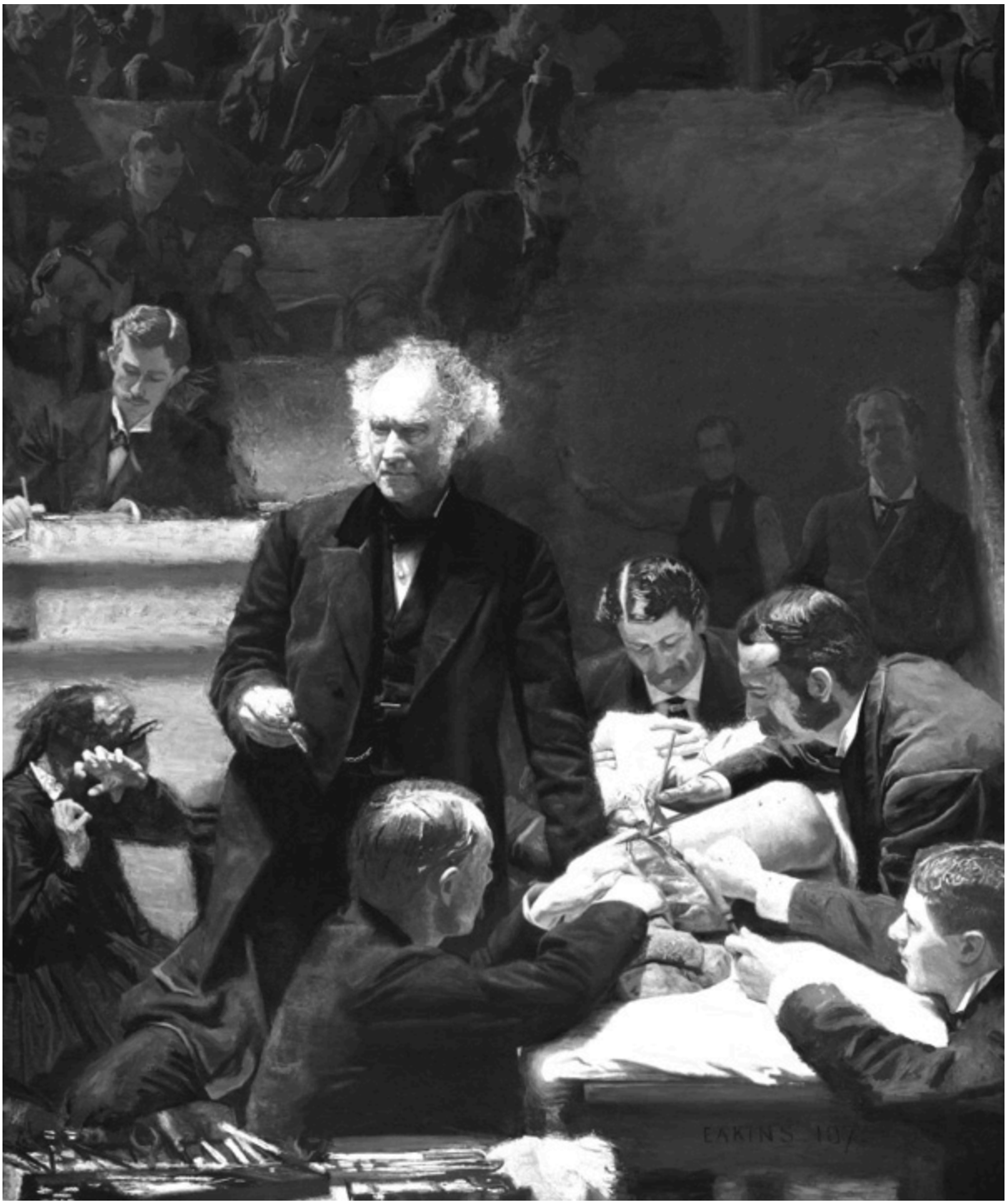
Według Karla Rothschuha zasady istniejące w medycynie dzielą się na trzy grupy:

1. *Principia Medica Naturae sive Scientia Medica*
2. *Principia Medica Theoretica sive Doctrina Medica*
3. *Principia Medica Practica sive Praxis Medica*

a całość jest objęta zasadami etycznymi i prawnymi:

4. *Principia Medica Normativa*[1].

Tu zainteresują nas trzy pierwsze.



Klinika Grossa. Thomas Eakins, Amerykański Portret Dr Samuela D. Grossa

Ad 1. Są to zasady dotyczące znajomości człowieka zdrowego i chorego, jego budowy i czynności w zdrowiu i chorobie. Nauki,

które na te pytania odpowiadają, nauki teoretyczne, są w zasadzie naukami przyrodniczymi. Lekarz, który zajmuje się anatomią, fizjologią i chemią, jest przyrodnikiem poznającym naturę, a nie lekarzem. Fakt jego wykształcenia jest pożyteczny, bowiem człowiek chory nie znika z pola jego widzenia, co się przytrafia nielekarzom. Wybitny chemik Julian Marchlewski, znakomity jako naukowiec i dydaktyk, miał kiedyś powiedzieć: „Co mnie obchodzą wasze siuśki!". Tego nie darował mu nigdy wybitny klinicysta, pediatra Ksawery Lewkowicz, i ze swego punktu widzenia miał rację.

Takie nauki, jak astronomia, fizyka, botanika etc. odpowiadają na pytanie: jak jest zbudowany wszechświat, atom, roślina i jakie przejawiają funkcje; są one naukami „czystymi", czasem wykorzystanymi, nie zawsze godziwie, do celów praktycznych. Medycyna nie może na tym poprzestać, bowiem nie ma, na szczęście, charakteru czysto poznawczego, i dlatego nie oburzajmy się, gdy niektórzy teoretycy twierdzą, że sama nauką nie jest. Medycyna nie poprzestaje, bo nie może poprzestać na odpowiedzi: c o j e s t?, lecz musi szukać odpowiedzi, i jakże często ją znajduje, na pytanie: c o r o b i ć?

Ad 2. A takie właśnie pytanie stawia po rozpoznaniu. Wtedy włącza się lekarskie myślenie oparte na zasadach logicznych, aby odpowiedzieć: co jest do zrobienia?

Ad 3. Tu mieszczą się zasady realizacji: jak będzie przeprowadzone to, co jest konieczne do przeprowadzenia. A w tym się mieści ogromna skala poczynań: od wyczekiwania, aż choroba sama przejdzie zwalczona siłami natury, przez zastosowanie leków o różnej skali działania, po zabiegi operacyjne

od najprostszego nacięcia ropnia po skomplikowane operacje neuro- czy kardiochirurgiczne.

Te rozważania mają na celu ułatwienie zrozumienia, dlaczego medycyna nowoczesna rozwinęła się tak późno, dlaczego wyprzedzić ją musiał rozwój teoretycznych nauk przyrodniczych, często z medycyną początkowo niezwiązanych, a jakże potem jej przydatnych.

2. Zmiana sposobu myślenia

Wyzwolić się ze starego sposobu pojmowania choroby i przyjąć nowy paradygmat nie było rzeczą łatwą. Wiktor Szokalski pisał o swoim ojczymie, krakowskim medyku, który w latach zamieszek napoleońskich musiał przerwać studia, a nie chcąc marnować czasu „zabrawszy książki z sobą, uczył się jak mógł, i zaczął się bawić w medyczne mrzonki, jak to wówczas było zwyczajem, zamiast obznajamiać się z nabytym doświadczeniem w nauce". To pamięciowe opanowanie wiedzy i spekulacje rozumowe doprowadziły go do własnego „systemaciku filozoficzno-kosmiczno-biologiczno-lekarskiego", jak dworuje sobie z niego Szokalski, a przecież nie było to zjawisko jednostkowe.

> „Ludziom, którzy wówczas żyli, zdawało się, że wszystko wyspekulować można i że z danej zasady wysnuwa się wszystko, jak z kłębka, byle tylko zasada była słuszną. Stąd też budowano systemata jedne po drugich i spostrzegano dopiero, że są fałszywe, gdy nie odpowiadały rzeczywistości. Wówczas medycyna, a zwłaszcza biologia, były

> rodzonymi córkami heglowskiej filozofii. Byle tylko kto, wspierając się na przyjętej zasadzie, uznał, że logicznie tak a nie inaczej być musi, to już był przekonany, że w rzeczywistości tak jest. A więc znajdźmy tylko zasadę, myślano sobie, to odtworzymy świat, zamiast go badać; a jeżeli się pokaże, że on nie zgadza się z wynikiem naszego spekulowania, to inna lepsza zasada się znajdzie. Filozof zamykał oczy, zamiast je rozwierać, i dumał, a przez pryzmat swego wyrachowania patrzał potem przed siebie i innych usiłował przekonać, że w grubym są błędzie, jeżeli widzą inaczej. [...]
>
> Nikt by nie uwierzył, kto się tego nie dotykał bliżej, jaką szkodę dedukcyjne mędrkowanie tego rodzaju zrządziło w owym czasie naukom przyrodniczym i jak się zdrożnie na medycynie uwydatniło”[2].

Nie są to na tle epoki przykłady wstecznictwa w myśleniu lekarskim. Tak rozumowano w całej Europie, nie mogąc się rozstać ze starym paradygmatem.

Józef Dietl pełen szacunku dla dawnych lekarzy pisał w sposób wyważony:

> „Przeszłość uścieliła nam drogę do obecnego postępu i do zbawiennej przyszłości, bo też i ona umiała się opierać na ścisłych spostrzeżeniach, i nie mało dostarczyła pewników. Osamotniona wszakże i pozbawiona silnej pomocy nauk przyrodniczych, uzupełniała częstokroć brak przedmiotowej ścisłości naciągniętymi teoriami i płonnymi marzeniami”.

Ale zarazem uzasadniał:

> „Nie tworzymy żadnych teorii prócz tych, które nauka na niezaprzeczonych faktach osnuwać, nie tylko nie pozwala, ale i każe; boć i nauka lekarska nie może się pozbawiać teorii, ale jej teoria nie opiera się na pojęciach z góry powziętych, lecz na faktach doświadczeniem stwierdzonych”[3].

Nowe spojrzenie na chorobę kształtowało się powoli. Prześledźmy za teoretykiem medycyny (K. Rothschuh), jak to pojmuje się dziś. Stan chorobowy (*morbus*) objawia się w trzech zakresach:

pathos + nosos + aegritudo

pathos – to obiektywny opis zmian chorobowych, rozpoznanie;

nosos – to obraz kliniczny choroby dostępny w badaniu lekarskim;

aegritudo – to choroba w ocenie samego chorego, jego stan zdrowia, samopoczucie[4].

Te trzy zakresy istniały od zawsze, a zatem dlaczego nowy paradygmat, nowa konstrukcja myślowa, nowe rozumienie choroby przyszło tak późno? Sigerist zwraca uwagę na proste, a mało przez nas dostrzegalne, bo z pozoru oczywiste, fakty. Choroba przejawia się:

– zmianami w budowie ciała,

– zmianami w czynności ciała,

– zmianami w życiu psychicznym[5].

Jeżeli lekarz chce sensownie wkroczyć w proces chorobowy, wyprowadzić z niego chorego i przywrócić go społeczeństwu, musi najpierw posiąść wiedzę o zdrowym człowieku. Dlatego niemal połowa studiów medycznych poświęcona jest zdrowemu człowiekowi: na wstępie anatomia makro- i mikroskopowa, czyli histologia, a po niej fizjologia. Bo dopiero wtedy student jest w stanie dostrzec i rozpoznać zmiany w częściach stałych organizmu (anatomia patologiczna) i zaburzenia jego funkcji (patofizjologia). Obserwacja schorzeń i rozpoznawanie choroby stanowią podstawę leczenia. Wspomniany Szokalski powie o tym krótko: „Chcesz zbadać chorobę, musisz zbadać zdrowie, bo bez tego wszelka medycyna jest mrzonką”.

To, co dokonuje się dziś w kształceniu lekarskim, jest niejako powtórzeniem rozwoju medycyny w jej przebiegu historycznym. Rok 1543 – publikacji dzieła anatomicznego Vesaliusza, przyjmuje się za rok rozpoczynający nową epokę w medycynie, a przecież nie dotyczyło ono ani choroby, ani człowieka chorego. Człowiek chory musiał jeszcze długo czekać na błogosławione skutki tego wydarzenia. Natomiast za odkryciem budowy ciała ludzkiego poszła wiedza o funkcjach jego organizmu, a potem o zmianach w budowie i chorobowych zmianach jego funkcji oraz dalszy rozwój nauki o chorym człowieku.

Dlatego student po opanowaniu wiedzy podstawowej objętej programem trzech zazwyczaj lat (*physicum*), dopiero na dalszych latach studiów (*clinicum*) staje się partnerem lekarza w rozpoznawaniu i leczeniu chorób.

Rozwój nowoczesnej medycyny warunkowany był:

– rozwojem anatomii patologicznej, co bez uprzedniej znajomości stanu prawidłowego nie było możliwe – *pathos*;

– rozwojem diagnostyki i metod diagnostycznych – *nosos* – zwłaszcza po powstaniu i rozkwicie klinik;

– coraz lepszym rozumieniem chorego – *aegritudo* – by pogodzić jego oczekiwania z możliwościami, jakimi dysponuje medycyna.

3. Anatomia patologiczna

Nieprawidłowości w budowie ciała ludzkiego obserwowane były przez starożytnych, a Egipcjanie dali temu wyraz w sztuce: w rzeźbie i malarstwie. Ale te spostrzeżenia nie wnosiły nic – poza dokumentacją – do medycyny.

Po przełomie, jaki nastąpił w połowie XVI wieku, w odniesieniu do budowy ciała ludzkiego, po poznaniu jego elementów, czyli narządów, wzrosło również zainteresowanie nieprawidłowościami anatomicznymi. Jean Fernel (zm. 1558) wydał w 1554 roku dzieło noszące tytuł: *Pathologiae Libri VII*. Znacznie jednak większy rozgłos uzyskało w kilkanaście lat później wydane dzieło Johanna Schencka von Grafenberga (1530–1598) pod jakże wymownym tytułem: *Observationum medicarum rararum, novarum, admirabilium et monstrosarum, volumen...* (Basel & Freiburg 1584–1597, w 7 woluminach, mające kilka wydań), w którym tenże przedstawił choroby poszczególnych części ciała na podstawie dawnych i nowych autorów, jedynie uzupełniając je własnymi obserwacjami. Daleko bogatszy materiał wykazuje dzieło powstałe niemal w sto lat później, autorstwa Theophila Boneta (1620–1689), noszące osobliwy tytuł: *Sepulchretum sive anatomia practica* (1679). Materiał opisywany przez innych autorów w ciągu stuleci uzupełnił on własnymi protokołami z 3 tysięcy sekcji, co mogło być osiągnięciem epokowym, a w rzeczywistości było zbiorem ciekawostek, nieusystematyzowanym, bez krytycznego komentarza i jakiejkolwiek próby naukowego uzasadnienia.

Zaspokojeniu ciekawości służyły również powstające wtedy zbiory patologiczne: kolekcja Giovanniego Rivy w XVII wieku, a zwłaszcza znakomite zbiory Frederika Ruyscha, mistrza sztuki preparatorskiej, uwiecznionego na obrazie Jana van Necka (1683).

Prawdziwy postęp w medycynie zaznaczył się dzięki badaniom anatomopatologicznym padewskiego profesora Giovanniego Baptisty Morgagniego (1682–1771). Przeprowadził on w swoim długim życiu 700 sekcji. Ale nie liczba sekcji decyduje o znaczeniu Morgagniego w medycynie, a interpretacja dokonanych obserwacji. Jego poczynania cechowały sumienny opis i naukowa dokładność. Spostrzeżenia swoje starał się systematyzować i zawsze wiązać z objawami klinicznymi. Morgagni był lekarzem praktykiem. Objawy kliniczne, które stwierdzał u chorych, obserwował następnie na stole sekcyjnym. Zmiany te – jak zauważył – dotyczyły poszczególnych narządów. Choroba zatem jest umiejscowiona w narządach, niejako „gnieździ się" w nich. To było niezwykle cenne spostrzeżenie. Dzieło Morgagniego *De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis* (O siedliskach i przyczynach chorób odkrytych przez anatoma) z 1761 roku pasuje go na ojca anatomii patologicznej.

Od tego czasu kończy się humoralna koncepcja choroby, a w jej miejsce wchodzi koncepcja solidarna. Rothschuh nazywa ją patologią morfologiczną, w przeciwieństwie do – obowiązującej dotąd – patologii humoralnej.

Sekcje stają się odtąd dla lekarza nieodzownym elementem jego wykształcenia. Morgagni twierdził: „Lekarze, którzy wiele sekcjonowali lub wiele sekcji widzieli, przynajmniej nauczyli się wątpić". Nie straciło to swego znaczenia do dziś. Lekarze powinni uczestniczyć w sekcjach swych pacjentów, bowiem okazuje się, że choć co prawda ⅔ rozpoznań klinicznych jest bezbłędnych, to jednak ⅓ albo wymaga uzupełnienia, albo wręcz jest błędna.

Wzrost zainteresowania anatomią patologiczną, jaki potem nastąpił, jest zrozumiały, tak jak wzrost zainteresowania anatomią prawidłową po odkryciach Vesaliusza. Istotne jednak zmiany nastąpiły pod wpływem działalności młodego uczonego francuskiego (gdy zmarł, miał zaledwie 31 lat) Ksawerego Bichata (1771–1802), który swą pasją badawczą otworzył przed poznaniem naukowym nowe drogi. Zatrudniony w paryskim Hôtel-Dieu jako chirurg i anatom, wykonywał setki sekcji, rejestrując obserwacje. Najważniejszym jego osiągnięciem było wprowadzenie pojęcia tkanki. Stąd uważa się go za twórcę histologii, chociaż nie posługiwał się jeszcze mikroskopem. Rzecz to osobliwa: wprowadzenie do badań przez Galileusza teleskopu od razu wzbogaciło astronomię o rewelacyjne odkrycia, natomiast mikroskop długi czas pozostawał przyrządem, który zaspokajał li tylko ciekawość nielicznych obserwatorów.

Bichat opisał kilkanaście tkanek; z nich zbudowane są narządy. Stąd zmiany patologiczne o podobnym charakterze możemy znajdować w różnych narządach, wiążą się one bowiem z tkanką, a nie z narządem. Zatem siedliskiem choroby jest nie narząd, a tkanka.

Działalność Bichata miała doniosłe znaczenie dla rozwoju anatomii patologicznej i fizjologii eksperymentalnej. W jego myśleniu już nie ma śladu patologii humoralnej, skoro zmiany chorobowe najwyraźniej uchwytne są w strukturze części stałych organizmu. Jego badania otwarły drogę ku dalszemu postępowi, który należał do Virchowa.

Rudolf Virchow (1821–1902) urodził się na Pomorzu, w dzisiejszym Świdwinie (stąd znał język polski). Był lekarzem,

działaczem społecznym, który jako delegat rządu pruskiego w celu zbadania epidemii tyfusu głodowego na Śląsku w 1848 roku, miał odwagę ująć się za ludnością polską. Działał potem nie tylko jako uczony, ale też jako polityk, narażając się – ze względu na swe demokratyczne przekonania – ówczesnym władzom z Bismarckiem na czele. Starł się też z Karolem Marksem (co mu w czasach PRL-u wypomniano).

Ale w tym miejscu najbardziej nas interesuje jego działalność naukowa. Virchow był wybitnym uczonym o wszechstronnych zainteresowaniach, acz największe osiągnięcia odnosiły się do anatomii patologicznej. Ta dziedzina wiedzy została niezwykle wzbogacona jego odkryciami nowych chorób i usystematyzowaniem zjawisk patologicznych już znanych. Stosunkowo wcześnie dał się poznać jako twórca nazwanej przez niego patologii komórkowej.

Virchow działał w czasach, w których mikroskop był już udoskonalony, a badania nad komórką znacznie posunięte. M. Schleiden odkrył komórkę roślinną, a T. Schwann komórkę zwierzęcą (1839). Świat naukowy przekonał się o komórkowej budowie ciała zwierząt, co można było odnieść również do budowy ciała ludzkiego. Za tym poszły odkrycia roli protoplazmy i rozmnażania się przez podział: *omnis cellula e cellula*. Dwóch uczonych torowało mu drogę do dalszych odkryć: J.E. Purkynie, Czech działający we Wrocławiu, i R. Remak z Poznania, działający w Berlinie.

Jeśli nośnikiem życia jest komórka, rozumował Virchow, a choroba jest życiem w zmienionych warunkach (to również jego określenie), to – idąc dalej – choroba jest reakcją komórki na

chorobowe bodźce, a zatem nosicielem choroby; komórka jest więc siedliskiem choroby.

Odkrycie „patologii komórkowej" przyniosło mu zasłużoną sławę. Virchow, który wskutek udziału w Wiośnie Ludów musiał opuścić Berlin i przenieść się do Bawarii, do Würzburga, mógł teraz powrócić do stolicy Prus, do Berlina, gdzie nie tylko życzliwie go przyjęto, ale spełniono również jego żądania: budowa nowego gmachu instytutu patologii, nowego oddziału w szpitalu Charité oraz roczna pensja w zawrotnej wysokości 2 tysięcy talarów.

Wkrótce zwrócono uwagę, że są choroby, które przebiegają bez zmian patologicznych, są wynikiem zaburzonej funkcji. Ale w rozwoju nauki to rzecz zwykła.

Przypisy

[1] K.E. Rothschuh, *Prinzipien der Medizin. Wegweiser durch die Medizin*, Urban & Schwarzenberg, München–Berlin 1965, s. 2.

[2] W.F. Szokalski, *Wspomnienia z przeszłości*, Wyd. A. Wrzosek, Wilno 1921, t. I, s. 74.

[3] J. Dietl, *Aforyzmy kliniczne na ścisłem badaniu osnute*, „Przegląd Lekarski" 1862, 1, nr 1, s. 1.

[4] K.E. Rothschuh, *Prinzipen der Medizin...*, s. 129.

[5] H.E. Sigerist, *Einführung in die Medizin*, Georg Thiem, Leipzig 1931, s. 3.

XVI. Początki i rozwój medycyny klinicznej

Do końca XVIII wieku medycyna oparta była na wiedzy teoretycznej zawartej w dziełach klasyków, wzbogacanej coraz to nowszymi komentarzami. Praktycznych zajęć nie było, jeśli nie liczyć „prywatnych" pacjentów, których mistrz odwiedzał, zabierając z sobą tego lub owego ze swoich uczniów. Co z tego mogli wynieść w samodzielne życie lekarskie? Odkrycia zachodzące w naukach przyrodniczych, oparte nie na teoretycznych przesłankach lecz na doświadczeniu, skłaniały do coraz większej podejrzliwości wobec obowiązujących dotąd w medycynie teorii.

Badania anatomiczne, które weszły już na stałe do studiów medycznych, wskazywały na widoczne zmiany w stałych częściach ciała i skłaniały do powątpiewań w obowiązującą patologię humoralną. To samo dotyczyło stosowanych środków leczniczych, które wobec nowych pojęć o chorobie stały się bezużyteczne. Chirurdzy byli w zupełnie innej sytuacji niż lekarze. Ich stosunek

do zmian chorobowych ciała widocznych gołym okiem nie ulega przeobrażeniu, a umiejętność wykonywania zabiegów, przenoszona z mistrza na ucznia, ma zawsze charakter czysto praktyczny, który też nie wymaga daleko idących zmian.

Konieczność spojrzenia innym okiem na chorego w świetle nowych zdobyczy wiedzy zdawała się nakazem chwili.

Dokonał tego Holender **Hermann Boerhaave** (1668–1738), pierwszy klinicysta, jak byśmy go dziś określili, choć kiedy rozpoczynał swą działalność, kliniki jeszcze nie istniały. Urodził się jako syn pastora i przeznaczony był do stanu duchownego; dlatego ukończył studia teologiczne i filozoficzne. Przedwczesna śmierć ojca zmusiła go do zarobkowania korepetycjami z matematyki. Udział w konfliktowym sporze o Spinozę przekreślił jego karierę duchowną. Podjął wtedy studia medyczne w rodzinnej Lejdzie, które ukończył w 1693 roku. Choć otworzył praktykę lekarską, żył nadal z korepetycji. W 1701 roku zaczął prowadzić wykłady z medycyny teoretycznej, później praktycznej oraz botaniki i chemii. Z czasem wykładał prawie wszystkie przedmioty medyczne, a ponieważ miał wykład jasny i zwięzły, a sprawy trudne umiał wyłożyć prostym językiem, zjednywał sobie słuchaczy z różnych stron świata i sława jego rozchodziła się po całej Europie.

Był autorem dwóch rozpraw: *Institutiones medice in usus annuae exercitationis domesticos digestae* (1708) obejmującej wszystkie dziedziny medycyny z uwzględnieniem aspektu historycznego oraz *Aphorismi de cognoscendis et curandis morbis* (1709), zajmującej się chorobami ostrymi i niektórymi przewlekłymi.

Wykład chorób obejmował trzy podstawowe grupy:

– choroby dotyczące stałych części ciała, które składają się z włókien;

– choroby przejawiające się w płynnych częściach ciała;

– choroby dotyczące jednych i drugich części ciała.

W leczeniu był jatromechanikiem; odnosił się wyczekująco do działania samej natury, którą wspierał odpowiednią dietą i ruchem.

Ale przejdźmy do najistotniejszych wartości wprowadzonych przez niego do medycyny. Boerhaave szukał odpowiedzi na pytanie, kiedy medycyna była w rozkwicie? Uznał, że w czasach Hipokratesa, który wiele uwagi poświęcał na obserwację chorego. Jeśli tak, to przypatrzmy się, co obserwował Hipokrates:

– ułożenie chorego, jego twarz, powieki, nos, oczy, usta; oddech, skóra („wrzody, gładką skórą wokoło otoczone, są złośliwe”);

– wydzieliny i wydaliny:

pot może być: zimny, obfity, nieustannie płynący;

plwocina: rdzawa, zielona, krwawa;

mocz: gęsty lub rzadki, obfity, krwawy, mętny, czarny, jasny;

bezbarwny, cuchnący, z osadem „grubomączastym”;

stolce: pieniste, czarne („Nie oceniaj wypróżnień wedle ich ilości, jeno wedle tego, czy wyszło to, co wyjść powinno”).

Hipokrates musiał stosować badanie fizykalne. Skoro stwierdzał stwardnienie wątroby („Kiedy w żółtaczce wątroba stwardnieje, znak to niepomyślny”), to znaczy, że obmacywał jamę brzuszną. To samo dotyczyło pęcherza („Gdy pęcherz moczowy przedstawia się twardym i bolesnym, groźnym to jest znakiem i niebezpiecznym”). Opisane przez niego pluskanie w klatce piersiowej dające się

zaobserwować w pewnych stanach patologicznych (*succussio Hippocratis*) świadczy, że osłuchiwanie nie było mu obce. Opis cech twarzy człowieka ciężko chorego, tzw. *facies Hippocratica*, jest znany do dziś.

Dzięki dobrej znajomości pism Hipokratesa miał Boerhaave drogę do obserwacji ułatwioną. Jeśli przypomnimy sobie, w jakie sprawy był uwikłany w rozpoznawaniu choroby lekarz średniowiecza, opierający się w swoim działaniu na medycynie Galena – nadal przecież obowiązującej – zrozumiemy, dlaczego rzecz tak zdawałoby się oczywista stała się znowu rękojmią lekarskiego działania. Lekarz może być dobrym lekarzem tylko wtedy, gdy jest dobrym obserwatorem. To zwrócenie uwagi na zachowanie chorego, jego wygląd, wydzieliny i wydaliny, które znamienne było w czasach Hipokratesa, weszło teraz do podstawowych zadań lekarza. Pacjenci musieli być zdziwieni odmiennym sposobem badania, co znalazło odzwierciedlenie w przysłowiu:

> Medyk luboby był znakomity,
> Wzgląd na urynę ma i na womity.

Jak stworzyć uczniom warunki dobrej obserwacji chorego? Nie wystarczy odwiedzać chorych sporadycznie. Chorzy powinni być na miejscu dostępni stałej obserwacji, tak co do postępów choroby, jak i skutków stosowanego leczenia. Dlatego Boerhaave w 1714 roku wprowadził uczniów do miejscowego szpitala św. Cecylii, dając początek nauczaniu klinicznemu (gr. *kline* – łóżko), czyli nauczaniu przy łóżku chorego. Szpital miał dwa oddziały po 6 łóżek, czyli 12 łóżek (aluzja do liczby apostołów), które nazwano

Collegium medico-practicum. Stało się ono zalążkiem medycyny klinicznej.

Stąd wyszli: Alexander Monro (1697–1776) i Robert Whytt (1714–1766), którzy rozwiną swą działalność w Edynburgu, Gerhard van Swieten (1700–1772) i Antoni de Haën (1704–1776) – twórcy szkoły wiedeńskiej oraz najwybitniejszy z uczniów Boerhaavego – Albrecht von Haller.

1. Szkoła wiedeńska

Oświecenie miało swoje odzwierciedlenie wśród panujących w tzw. oświeconym absolutyzmie. Jeśli panujący byli w stanie docenić naukę i ludzi nauki, sprzyjało to nie tylko rozwojowi samej nauki, ale miało daleko szersze znaczenie w postaci wzrostu oświaty, urządzeń socjalnych, stanu zdrowotnego, dostępności lekarza etc.

Przykładem chwalebnym, chociaż brzmi to osobliwie w książce polskiego autora, była cesarzowa Maria Teresa, która posłuchała rady swego kanclerza i sprowadziła do Wiednia ucznia Boerhaavego – **Gerharda van Swietena**. Niełatwe były przetargi, bowiem van Swieten do Wiednia wcale się nie kwapił. Ale na usilne wezwania i zapewnienia o zaufaniu i przyjaźni, wreszcie się zjawił na dworze w dniu 7 czerwca 1745 roku. Choć pochodził z protestanckiej Holandii, był van Swieten katolikiem, co ułatwiało sprawę, ale nie decydowało o wyborze; wybór zaś był trafny,

a postępowanie cesarzowej konsekwentne. Holender został lekarzem przybocznym i pierwszym lekarzem dworu – *protomedicus*, co dawało mu absolutną władzę w sprawach zdrowotnych. Wkrótce jego działalność rozciągnęła się na Wydział Lekarski Uniwersytetu Wiedeńskiego, a potem na cały Uniwersytet. Nie zjednywało mu to przyjaciół, ale cesarzowa stała za nim niewzruszenie. Van Swieten mógł sobie pozwolić na dobór profesorów, wysyłając większość starych na emeryturę. Profesorzy otrzymali pensje rządowe, mogli zatem poświęcić się bez reszty nauce i dydaktyce. Obniżono cenę promocji (co u nas przed wiekami zrobił Maciej z Miechowa), dopatrując się w tym, i słusznie, ograniczenia napływu studentów, zwłaszcza z ubogich rodzin. Liczba studiujących od razu wzrosła. Wzorując się na Lejdzie, van Swieten założył ogród botaniczny, by studenci mogli poznawać źródła leków roślinnych, i laboratoria chemiczne, by zapoznali się z najprostszymi analizami. Ustalił program studiów. Uniwersytet zaczął żyć innym życiem. Od tej pory młodzi adepci medycyny mogli już kończyć studia w Wiedniu, bez potrzeby uciekania się do drogich studiów zagranicznych. Otrzymywali dyplom i tytuł doktora: albo doktora medycyny (w znaczeniu medycyny wewnętrznej), albo doktora chirurgii (w rozumieniu medycyny zewnętrznej). Często ubiegali się o oba te tytuły łącznie.

Van Swieten nie mógł przegapić najistotniejszego czynnika w kształceniu lekarskim, jaki wyniósł z Lejdy, tj. nauczania klinicznego. Mając swój dwunastogodzinny dzień pracy wypełniony bez reszty, powierzył te zajęcia koledze ze studiów, którego udało mu się pozyskać dla Wiednia, Antoniemu de Haën. Ten nauczanie przy łóżku chorego rozpoczął w szpitalu miejskim.

Tak go widział współczesny świadek, i tak go opisał:

> „Już o 6-tej rano, zarówno w lecie, jak i w zimie pan de Haën jest w szpitalu, a o 8-mej zbierają się słuchacze, których prowadzi od razu do chorych i objaśnia z największą dokładnością dany przypadek; swym bystrym umysłem szuka przyczyn, ukazuje starannie objawy. Teraz słuchacz sam bada chorego, a co spostrzegł mówi nauczycielowi na ucho. Ten zbiera wszystkie głosy i przedstawia głośno zarówno to co było słuszne, jak i to co spostrzeżono niewłaściwie [...]. O 9-tej jest ordynacja; przychodzi tłum biednych z prośbą o radę. Każdy jest dokładnie badany przez nauczyciela w obecności uczniów, środki przepisane i zalecone, a historia choroby z notatnika przepisana do specjalnej księgi [...]. Przez to słuchacz ma sposobność przez oglądanie tych wszystkich indywidualnych przypadków zebrać cały skarb najbardziej pożytecznych obserwacji”[1].

Znaczenie de Haëna jako nauczyciela wystarczyłoby, aby chwalebnie zapisał się na kartach historii medycyny. Jego działalność ściągała bowiem zewsząd młodych adeptów medycyny, a przez to zwiększała się nie tylko liczba lekarzy, ale lekarzy uprawiających już nowoczesną medycynę.

2. Nowe metody diagnostyczne: opukiwanie i osłuchiwanie

De Haën wprowadził do badania termometr. Termometr jeszcze był niedoskonały i badanie niedoskonałe, ale była to jedna z pierwszych prób zobiektywizowania badania lekarskiego. Mierzenie ciepłoty ciała później stanie się normą w postępowaniu

lekarskim. Wcześniej natomiast, choć też nie bez oporu, wejdą dwie inne metody diagnostyczne.

Leopold Auenbrugger (1722–1809) widział w młodości, jak w oberży jego ojca w Grazu opukiwano beczki, by przekonać się czy są puste, czy pełne, a jeśli nie całkiem puste, to w jakim stopniu. Przypuszczalnie to spostrzeżenie było dla niego inspiracją, gdy po ukończeniu studiów rozpoczął opukiwać klatkę piersiową swoich chorych, a obserwując różnorodność wypuku w zależności od części stałych, płynnych czy przestrzeni wypełnionych powietrzem, począł dociekać, skąd biorą się różnice u poszczególnych chorych. Ostatecznym rozstrzygnięciem była sekcja i objawy stwierdzane pośmiertnie. Eksperymentalnie wykonywał też nastrzykiwanie zwłok. Swoje obserwacje opisał w dziełku, które w rozwoju diagnostyki stanowi kamień milowy: *Inventum novum ex percussione thoracis humani ut signo, abstrusos interne pectoris morbos detegendi*. Odkrycie to w ówczesnym świecie lekarskim nie zrobiło większego wrażenia. Powiedzenie, że nikt nie jest prorokiem we własnym kraju, i tu znalazło swoje potwierdzenie. Na szczęście zapomniana rozprawa wpadła w ręce znakomitego lekarza francuskiego (dzięki łacinie nie było bariery językowej), który metodę Auenbruggera rozpracował i rozbudował, i nie tając prawdziwego odkrywcy, opublikował ją po francusku. Był nim **Jean Nicolas Corvisart** (1755–1821), wybitny klinicysta paryski. Do opukiwania zastosowano specjalny przyrząd, składający się z blaszki i młoteczka. Później sposób ten uproszczono, stosując opukiwanie palcem.

Odkrywcą drugiej metody był młody lekarz niewielkiego paryskiego szpitala Hospital Necker, **Teofil Laënnec** (1781–1826).

Pewnego dnia przyszło mu osłuchiwać młodą dziewczynę, najprawdopodobniej chorą na serce, a nie chcąc wejść w bezpośredni kontakt z ciałem dziewczyny, zwinął w rulon kartę papieru i przekonał się, że słyszalność była nawet lepsza. Historycy medycyny snują domysły, czy to przyzwoitość wstrzymała Laënneca przed przyłożeniem ucha do ciała dziewczyny, czy względy estetyczne, bo jak wiadomo z higieną, i to higieną kobiet, w tamtych czasach było bardzo źle. Tak czy owak, Laënnec stał się wynalazcą stetoskopu (1816), który z czasem ulepszony jako fonendoskop, do dziś służy internistom. Dzięki temu odkryciu Laënnec stał się jednym z czołowych internistów paryskich.

Fakt ten, który historia odnotowuje jako sukces, jako wyznacznik rozwoju diagnostyki, nie od razu znalazł zrozumienie wśród praktyków, podejrzliwie odnoszących się do nowej metody. Jak to wyglądało w rzeczywistości, opisał W. Szokalski. Będąc w Niemczech po studiach w Giessen, gdzie o nowych metodach nie miano pojęcia, znalazł się w Heidelbergu, w klinice prof. Puchelta. Tam zobaczył rzeczy, które go zdumiały:

> „[...] trafiłem na ciekawy przypadek. Student badał chorego, którego cierpienie odnosiło się do przyrządu oddechowego. Otóż, opukawszy i wysłuchawszy chorego, oświadczył wręcz, że to jest zapalenie dolnej części prawego płuca, a przy tym katar oskrzeli. Pokazał palcem, gdzie jest zapalenie, ołówkiem na skórze zakreślił obszar zajętego miejsca i rychłe wyzdrowienie rokował. Jak to? A toż co znowu? – myślałem sobie, nasza stara medycyna o rozróżnieniu zapalenia płuc i oskrzeli napisała folianty i w zupełności nie rozwiązała pytania; a ten student decyduje o rzeczy z impertynencką śmiałością! A Puchelt co na to? Przykłada ucho do klatki piersiowej, puknął w nią palcem, i nie rzekł ani słowa, prócz

tego, że dobrze, i odszedł dalej. Przyznaję się, że mnie to wielce zainteresowało”[2].

Nic dziwnego, że z napięciem śledził sprawę dalej:

„Nazajutrz przywieziono chorego z zastarzałą zimnicą, tu egzamin był mozolniejszy; obnażono chorego, opukano go na wszystkie strony i na piersiach jego oraz na brzuchu określono ołówkiem wielkość wszystkich jego wnętrzności, a student oznaczył pod kontrolą profesora stopień twardości każdej części oraz szmery, które w niej podsłuchał, usprawiedliwił każdy objaw i orzekł, że jest to katar żołądka, znaczne powiększenie wątroby oraz śledziony, a nadto zastarzała niedomykalność zastawek sercowych. To ostatnie mianowicie wprawiło mnie w podziw, gdyż, przed odkryciem opukiwania i osłuchiwania, choroby serca uważano za coś niedostępnego i z grubsza tylko coś o nich wiedziano. A gdy wkrótce potem zadeterminowano u innego pacjenta ropę w worku opłucnej, ściśle oznaczono poziom wysięku i poniżej zrobiono między żebrami przecięcie, gdy ropa strumieniem trysnęła i chory wyzdrowiał, byłem wprost oczarowany”[3].

Reakcja Szokalskiego była godna naśladowania:

„Kupiłem też sobie zaraz młotek i podkładkę (pleszymetr) do pukania oraz do słuchania stetoskop, bo je wtedy za niezbędne uważano. Kupiłem zwięzłe i odpowiednie dziełko podręczne i zaraz wziąłem się do nowej nauki. Nająłem sobie chłopca szesnastoletniego, który co dzień do mnie na godzinę przychodził, opukiwałem go i osłuchiwałem aż do znudzenia, iżby się ze stanem prawidłowym oswoić [...]. Po kilku tygodniach zaczynało mi już zupełnie inaczej świtać w mojej głowie, gdy mnie mnóstwo nowych wiadomości przybyło, a stare ułożyły się w nowym porządku. Już nie mówiłem, że w medycynie wszystko jest domysłem i owa mistyczna zmora spadła ze mnie zupełnie”[4].

Znacznie ważniejsze od dociekliwości historyków, dlaczego Laënnec użył swego prymitywnego stetoskopu, jest inne słuszne stwierdzenie, iż wtedy po raz pierwszy pomiędzy lekarza a chorego wszedł instrument. Dało to początek coraz bardziej

narastającego w miarę rozwoju techniki rozdźwięku pomiędzy chorym a lekarzem, osobowością chorego a osobowością lekarza. Ten moment wart jest refleksji.

3. Szkoła paryska

Powstała w wyniku rewolucji w Paryżu École de Santé (paryska szkoła zdrowia) miała ogromne znaczenie dla kształtowania się nowoczesnej kliniki w skali europejskiej. Opierając się na wnikliwej obserwacji objawów, potwierdzonej wynikami anatomopatologicznymi, starano się ustalić ścisłą klasyfikację chorób. Kilka nazwisk weszło na stałe do historii medycyny.

Filip Pinel (1745–1826), który ustawicznie przekonywał o konieczności zerwania ze starymi autorytetami i związania medycyny z naukami przyrodniczymi, wsławił się w historii psychiatrii tym, że uwolnił psychicznie chorych z łańcuchów i pęt, jakimi ich od średniowiecza krępowano, dowodząc, że nie stanowią oni zagrożenia, a przeciwnie stan ich zdrowia się poprawia.

Uczniem jego był, znany nam już dzięki osiągnięciom w zakresie anatomii patologicznej, **Fr.X. Bichat**. Nie należy jednak zapominać, że wiązał on dostrzeżone zmiany z objawami występującymi u chorych, zwiększając tym samym doświadczenie kliniczne. Przypomnijmy, że tu działał J.N. Corvisart, który odkryte przez Auenbruggera opukiwanie udoskonalił i rozpowszechnił, również konfrontując metody badania fizykalnego z wynikami badań

anatomopatologicznych. W ten sposób doszedł do niespotykanej dotąd biegłości w rozpoznawaniu chorób serca. Również wspomniany H. Laënnec, wynalazca stetoskopu, był zarazem doskonałym internistą, zwłaszcza w rozpoznawaniu chorób klatki piersiowej. Dzięki nim klinika paryska stała się kolebką nowoczesnej nauki o chorobach serca i płuc.

4. Upadek i odrodzenie szkoły wiedeńskiej

Działalność G. van Swietena i A. de Haëna utrwaliła nowoczesny obraz kliniki: sposób badania i obserwacji chorego, rozwój diagnostyki, zwłaszcza diagnostyki narządowej, czyli doszukiwanie się zmian w częściach stałych. Do takiego obrazu medycyny przyczynił się w wysokim stopniu **Karol Rokitansky** (1804–1878), którego później nazwą twórcą młodszej szkoły wiedeńskiej, zwanej też anatomopatologiczną.

Rokitansky założył w Wiedniu katedrę anatomii patologicznej. Przedmiot ten od 1844 roku stał się obowiązkowy w nauczaniu medycyny. Wydał też podręcznik, który naówczas był osiągnięciem pierwszorzędnej wagi. Protokoły sekcyjne – a miał ich sporządzić około stu tysięcy – stanowiły niezwykle bogaty materiał naukowy i to na skalę europejską. Dzięki temu jego znaczenie stało się w nauce niepodważalne.

Według niego nie wystarczy jednak jedynie opisywanie zmian, nie wystarczy też wykazać, jaki zachodzi stosunek tych zmian do objawów występujących u chorego za życia (co przecież dotąd było już niemałym osiągnięciem), ale jeszcze należy badać, jak one powstają. Postawił zatem przed nauką nowe zadanie: poznanie patomechanizmu i patogenezy chorób.

To były wskazania na przyszłość, ale jakie wnioski wypływały z tych osiągnięć doraźnie dla medycyny? Zmiany występują w stałych częściach ciała – czy możemy je usunąć? Tak, ale w sposób bardzo ograniczony. Co za pożytek zatem z tego dla całości medycyny? Istnieją jakieś zmiany we krwi, które Rokitansky nazwał *crasis*. (W ten sposób wiązał się jeszcze z patologią humoralną, co sprowadziło na niego ostrą krytykę Virchowa, przy całym szacunku dla jego osiągnięć.) Ale na to nie mamy, przynajmniej na razie, wpływu. Co zatem pozostaje? Oddanie sprawy leczącej sile natury. Bo jedno, co wiemy, to to, że cała *materia medica*, cały ten arsenał środków leczniczych dotąd stosowanych, nadaje się do wyrzucenia na śmietnik.

Heroldem nowej, odradzającej się szkoły wiedeńskiej, był nasz rodak **Józef Dietl** (1804–1878), który w piśmie „Praktische Wahrnehmungen" (1845), nazwanym potem „manifestem nowej szkoły wiedeńskiej", przy pełnym entuzjazmu podziwie dla odkryć anatomii patologicznej i fizjologii, pisał:

> „I cóż jest ostatecznym wynikiem tego badania? Jaką korzyść odniosła z tego wszystkiego terapia i cierpiąca ludzkość? Na co się przydaje to, że stetoskop wykazał wadę serca, że nóż sekcyjny dowiódł utworzenia gruzełka, że chemia wykazuje zmiany chemiczne w przebiegu tyfusu. Przecież wady serca nie jesteśmy w stanie usunąć, a tyfus przebiega

> najpomyślniej wtedy, gdy nie usiłujemy go leczyć, lecz pozostawiamy wszystko naturze”[5].

To rozczarowanie dla umysłów trzeźwo myślących stawało się oczywiste. Za wzrostem wiedzy nie poszła, przynajmniej zrazu, umiejętność leczenia; odwrotnie, stosowane dotąd środki opisywane w grubych foliałach przestały mieć uzasadnienie. Taka radykalna postawa przyczyniła się do całkowitego zarzucenia niemal wszystkich leków. Nastał okres nazwany przez historyków nihilizmem terapeutycznym.

Okres niezwykle trudny dla ówczesnego lekarza praktyka w jego codziennym życiu zawodowym. Jeśli bowiem nawet się przyjmie, że choroba, z którą zgłasza się chory, ma inne przyczyny niż te, o których uczono go na studiach, przecież nie zmienia to faktu, że choremu trzeba udzielić pomocy lekarskiej. A co robić, jeśli dawne się rozpadło, a nowego jeszcze nie ma? Nie pozostawało nic innego, jak sięgnąć po stare środki. Wykpił to M.J. Brodowicz, wychowanek starej szkoły wiedeńskiej, który nigdy nie wziął do ręki stetoskopu, w wierszu o zwolennikach nowej szkoły, pisząc: „Czemuż stara młodą leczy / Gdy jej choroba dokuczy?”. A lekarz praktyk stawał przed nie lada trudnością, wręcz konfliktem sumienia: co lepsze – stosować stare wypróbowane metody, choć ich skuteczność podawana jest w wątpliwość, czy pozostawić pacjenta bez pomocy, co dla lekarza nie jest możliwe?

Przed podobnym problemem staje i dzisiaj lekarz wobec nowych, ale osobiście niesprawdzonych możliwości terapeutycznych. Mówił w wywiadzie wybitny ortopeda Wiktor Dega:

> „Doczekałem się wprawdzie ogromnego rozwoju koncepcji, techniki i możliwości operacyjnych, ale do końca posługiwałem się młotem

i dłutem oraz elektryczną piłą tarczową, jak za dawnych asystenckich lat; nawet gips się nie zmienił, raczej pogorszyła się jego jakość”[6].

Ale, jak to w życiu bywa, bolesne przeżycia związane z kryzysem bywają punktem zwrotnym, prowadząc w kierunku dotąd nieprzewidzianym, a jakże w rezultacie pozytywnym. Ten sam Dietl z całą trzeźwością przystąpił do badania upustów krwi w zapaleniach płuc, metody dotąd powszechnie stosowanej, i przekonał się, że w grupie chorych leczonych upustami śmiertelność wynosiła 20%, a w grupie leczonej dietą (innych sposobów nie znano) tylko 7%. To były pierwsze owoce trzeźwego spojrzenia na to, co było i na to, co jako nowe stało przed medycyną.

Poza tymi dwoma wybitnymi lekarzami działali jeszcze w Wiedniu J. Skoda i F. Hebra.

Joseph Skoda (1805–1881) pracując na oddziale chorób piersiowych szpitala ogólnego, doszedł do niezwykłej precyzji w diagnozowaniu chorób płuc i serca. Ta umiejętność będzie charakteryzować wszystkich wybitnych internistów jeszcze w wieku XX.

Ferdynand Hebra (1816–1880) był jeśli nie pierwszym, to na pewno jednym z pierwszych dermatologów. Wiadomo dotąd było, że niektóre choroby przebiegają z widocznymi zmianami na skórze, co przyjmowano jako wyraz zatrucia krwi. Osiągnięciem Hebry była obserwacja, że nie wszystkie zmiany na skórze są wyrazem chorób ogólnych, lecz że niektóre z nich są chorobami wyłącznie samej skóry. Przekonał się o tym na przykładzie świerzbu, którego przyczynę ustalił, odkrywając świerzbowca. Do

tego nawiązał Dietl, pisząc w swoich aforyzmach o dawnej i nowej szkole lekarskiej:

> „Upadły wiekowe teorie o właściwej świerzbowej ostrości (psora), o zaciętem jej tkwieniu w pierwiastkach organizmu nagabniętego, o jej dowolnych i dziwacznych napaściach na szlachetne wnętrzności i życie, o szkodliwości i niebezpieczeństwie rychłego tej wysypki leczenia itp., gdy przeciwnie, dzisiaj oczyściwszy skórę od napastniczego pasożyta, chory częstokroć w ciągu 2 godzin wyzdrawia i nie masz już mowy o skrytobójczych zapędach, które podług dawniejszych wyobrażeń nieprzebłaganej psorze przypisywano”[7].

Hebra ustalił też wiele innych dermatoz. Odleżynom zapobiegał wprowadziwszy wodne łóżko. W 1860 roku wydał podręcznik chorób skóry, który przyniósł mu światową sławę. Niewielki oddział „świerzbowatych” w szpitalu ogólnym z początku jego kariery stał się kliniką dermatologiczną, a Wiedeń zarazem centrum dermatologii.

5. Chory w perspektywie nauczania klinicznego

Kliniki odegrały znaczącą rolę w rozwoju medycyny, ale również w kształceniu przyszłych lekarzy. Nie bez znaczenia był fakt, że powstały one w ośrodkach uniwersyteckich, przyjmujących odpowiedzialność za dobór, kształcenie i kwalifikacje swoich wychowanków. Nauki przyrodnicze, gwarant nowoczesnego rozwoju medycyny, oddaliły kandydata do stopnia doktora

medycyny od chorego. To trwa niestety do dziś. Student pierwszego roku, kierujący się – załóżmy – najlepszymi chęciami przychodzenia ludziom chorym z pomocą, spędza setki godzin w prosektorium i laboratoriach nad preparatami anatomicznymi i chemicznymi, a z chorym spotyka się dopiero po trzecim roku studiów. W tym okresie jego najlepsze intencje mogą nie tylko wygasać, ale – co więcej – mogą ulec wypaczeniu przez wieloletni brak kontaktu z żywym człowiekiem, a wyłącznie z materiałem prosektoryjnym, mimowolnie traktowanym przedmiotowo. Z tego zdają sobie sprawę klinicyści, pracujący na oddziałach, gdzie młodzi adepci medycyny stawiają pierwsze kroki. Ale jakie jest wyjście?

Przypomnijmy, jakie jest znaczenie klinik, które od momentu założenia, z dziesięciolecia na dziesięciolecie, utrwalały swe znaczenie w Europie. Zadaniem kliniki jest:

– dokładne **obserwowanie objawów** chorobowych i nieustanne **śledzenie przebiegu** choroby;

– zebranie **wywiadu**, który mówi o powstaniu i początkach choroby;

– **badanie** pacjenta (z czasem) za pomocą badań fizykalnych: auskultacji i perkusji oraz innych dostępnych w danej epoce przyrządów diagnostycznych;

– prowadzenie ścisłej rejestracji przebiegu choroby, czyli pisanie **historii choroby**;

– w przypadku śmierci pacjenta, wykonanie sekcji i sporządzenie protokołu. Porównanie historii choroby z wynikami sekcji pozwala na sporządzenie **epikryzy**, która potwierdza wyniki badań lub ich

nie potwierdza. To umożliwia na przyszłość uniknięcie błędów i wyjaśnia niezidentyfikowane objawy.

Opis poszczególnych przypadków (*casus*) pozwala gromadzić materiał do pewnych chorób (kazuistyka), ich przebiegu, rokowania, działania leków lub stosowanych zabiegów. Pozwala również na **ocenę statystyczną**.

Jakie znaczenie ma **epikryza** w kształceniu lekarskim, niech świadczy następujące zdarzenie, które opowiedziane dziennikarzowi zrobiło na nim szokujące wrażenie, choć w niczym nie uwłaczało etyce lekarskiej. Opowiadał prof. Tadeusz Orłowski o swoim ojcu Witoldzie, wybitnym interniście, który swe pierwsze kroki lekarskie stawiał w Essentukach na Kaukazie:

> „Ojciec bardzo sobie chwalił okres wolontariatu, chociaż na początku o mało nie zwątpił w sens swojej lekarskiej pracy. Mianowicie kiedy zaczął dostawać chorych do samodzielnego prowadzenia, zorientował się, że jego pacjenci umierają znacznie częściej i szybciej niż pacjenci innych lekarzy. Nabrał więc przekonania, że to on źle ich leczy i winien jest ich śmierci. Powiedział o tym profesorowi Pasternackiemu, prosząc go jednocześnie o radę, co ma robić. Wówczas Pasternacki wziął go pod ramię i uspokajającym tonem powiedział: »Nie, kolego, niech pan się nie denerwuje, ja specjalnie daję panu takich pacjentów, o których wiem, że wkrótce umrą, żeby pan mógł szybko skonfrontować pańskie obserwacje kliniczne z sekcją zwłok.
>
> – Makabryczny dowcip!
>
> – Nie, kolego, to nie jest dowcip, to jest fakt«.
>
> I to było bardzo słuszne, bo dla młodego lekarza możliwość porównania obrazu klinicznego z sekcją jest naprawdę wielką sprawą”[8].

Uczeń kliniczny musiał uczyć się zbierania **wywiadu**. Historie chorób z tego czasu świadczą dowodnie o tym, że robiono to skrupulatnie. W ten sposób w miejsce niejasnych czynników

pozaustrojowych, jeśli nawet nie pozaziemskich, starał się wydobywać od chorego najistotniejsze szczegóły dotyczące przyczyn i początków choroby. Wywiad jest niezwykle istotną częścią badania lekarskiego, wcale nie tak łatwą. Czasem trudno z powodzi słów pacjenta wyłowić coś dla lekarza istotnego, a czasem trudno wydobyć cokolwiek od chorego.

> „Ważne jest nawiązanie bezpośredniego kontaktu z chorym, gdyż rozstrzyga ono o tym, czy odpowiedź będzie właściwa, a zatem pożyteczna dla lekarza. Badający powinien umieć zdobyć sobie zaufanie chorego od pierwszej chwili zetknięcia się z nim. Tylko w atmosferze zaufania lekarz może liczyć na to, że chory odpowie chętnie i należycie na jego pytania. A przecież pytania te niejednokrotnie mogą być krępujące dla chorych, jeśli wkraczają w sferę ich najintymniejszego życia. Nie zawsze jest łatwo otrzymać odpowiedź”[9].

Kto z nas nie zna tych trudności?

– Co pani dolega?

– Cała jestem chora!

I bądź tu mądry.

Jakże różnorodne może być zachowanie chorego:

> „– Jestem chory, ale się nie poddaję. To przejdzie samo – mówię – natura sama zwalczy chorobę.
>
> Innym razem lekarz mówi pacjentowi:
>
> – Ma pan zagrożone płuca, trzeba na trzy miesiące jechać do Zakopanego.
>
> – Ależ, panie doktorze – odpowiada pacjent – mnie nic nie jest; przecież mnie nic nie boli.
>
> – Tak, tak, panie kochany – replikuje lekarz – natura rzeczywiście nie daje panu żadnego alarmującego ostrzeżenia, ale ja panu radzę jechać na trzy miesiące do Zakopanego, inaczej wpadnie pan w suchoty.
>
> Inny chory krzyczy wniebogłosy i skręca się z bólu. Przychodzi lekarz i mówi:

– To nic nie jest, to tylko newralgia, rzecz wprawdzie dokuczliwa, ale to nic groźnego. Natura niepotrzebnie pana alarmuje”[10].

Na stereotypowe pytanie w poradni bólu: co panią boli, lekarz otrzymuje zdumiewającą odpowiedź:

„Boli mnie wszystko, cały kręgosłup, oba barki, dłonie, stopy, nie mogę siedzieć, nie mogę spać, a uda mam tak ciężkie, że nie mogłam wejść po schodach. Pan jest moją ostatnią deską ratunku”[11].

Nie bez racji lekarz pyta: Kim więc jestem? Lekarzem? Terapeutą duszy? A może cudotwórcą? (M.B. Marciniak).

A jednak trzeba z tego wybrnąć. Leon Tochowicz, znakomity klinicysta krakowski, uczył: po zebranym wywiadzie lekarz ma wiedzieć, z czym chory przychodzi do niego; dalsze badania mają go tylko w tym utwierdzić.

A wszystko to zaczęło się wraz z rozwojem klinik.

Obserwowanie chorego i rozpoznawanie choroby w świetle zadań kliniki

Umiejętność dobrej obserwacji cechowała lekarzy wszystkich czasów. Jednym z argumentów potwierdzających, że św. Łukasz był rzeczywiście lekarzem, ma być jego spostrzegawczość. W opisie uzdrowienia człowieka z uschłą ręką w synagodze tylko on dodaje: p r a w ą ręką (*a był tam człowiek, który miał uschłą prawą rękę*; Łk 6, 6). Podobnie po uwięzieniu Jezusa w Getsemani jeden z uczniów *uderzył sługę najwyższego kapłana i odciął mu prawe ucho* (Łk 22, 50)[12].

Klinika dawała możność **ciągłej** obserwacji, a wyposażenie jej w odpowiednie **przyrządy** ułatwiało diagnozowanie. Zwracał na to

uwagę Dietl:

> „Klinika w szczególności jeden tylko jako umiejętność praktyczną uznać może system: *ścisłe badanie chorego.* Proste leczenie już nie jest systemem z góry postanowionym, lecz koniecznym wypadkiem ścisłego badania. [...]
>
> Oglądanie chorego i jego części organicznych do najpierwszych i najważniejszych sposobów badania należy.
>
> Badanie dawnych lekarzy głównie na oglądaniu polegało; oglądali oni skrzętnie, widzieli wiele, i co widzieli dokładnie opisywali.
>
> Oglądanie dawnych lekarzy pozbawione potrzebnych narzędzi, mało pojęć przedmiotowych tworzyło, bo nie odnosiło się do zmian materialnych organizmu chorego, wówczas mało znanych. Było zatem więcej widzeniem, aniżeli pojmowaniem widzianego.
>
> Samo oko nie wystarcza do zoczenia różnych zmian chorobowych – potrzebne są niezbędne wzierniki, lupy i mikroskop.
>
> Oglądając chorego, widzieć trzeba chorobę, tj. zmiany materialne i następstwa przez nią spowodowane. [...]
>
> Zmiana co do sposobu badania, pociągnęła za sobą potrzebę wyszukiwania różnych narzędzi i przyrządów ku temu służących. Gdy więc lekarzowi dawnej daty prawie tylko wprawne oko i zgrabna ręka ku badaniu chorego służyło; dzisiejszy lekarz nie tylko urozmaicił i udoskonalił badania okiem i ręką, ale nadto uzbroił się w rozliczne narzędzia, słowem, otoczył się aparatem śledczym, zastosowanym do tych zmian materialnych, których zbadanie stało się niezbędnym warunkiem do ścisłego rozpoznawania nastręczających się chorób. Weszły przeto w poczet środków śledczych: *wzierniki* różnego rodzaju, *sondy* czyli zgłębniki, *pukadło, słuchawka, miary*, *waga, lupy, mikroskop, termometr, elektryczność, odczynniki chemiczne, stetometr, spirometr, haemotodynamometr, sfigmometr* i wiele innych, aczkolwiek mniej rozpowszechnionych i użytecznych narzędzi i sposobów badania”[13].

W tym to czasie utwierdza się przekonanie:

Bene dignoscitur, bene curatur

To, co dobrze rozpoznane, dobrze się leczy.

Diagnosis bona, curatio bona

Dobre rozpoznanie to dobre leczenie.

Ta wnikliwość badania i dążenie do postawienia diagnozy na pierwszym miejscu spotykały się z zarzutem, że lekarze bardziej myśleli o rozpoznawaniu chorób niż o ich leczeniu. Dietl bronił swego stanowiska. Ale jednak w miarę rozwoju metod diagnostycznych zmiany stosunku lekarza do pacjenta stawały się widoczne. W XIX wieku, zwłaszcza w jego drugiej połowie, w ostrych chorobach przebiegających z gorączką mierzenie temperatury ciała stawało się bardzo istotnym czynnikiem rozpoznawczym. Ludwik Traube (1818–1875) opracował wykres graficzny w postaci krzywej, a August Wunderlich (1815–1877) wprowadził termometr i badanie ciepłoty ciała do rutynowych badań klinicznych. Graficzny zapis krzywej gorączkowej przyczynił się do różnicowania chorób zakaźnych. Jego skrupulatność w ocenie wykresów temperatury i ich wnikliwe analizowanie spotkało się z zarzutem, być może po raz pierwszy, że większą uwagą darzy wyniki badań niż samych chorych. Czy nie było w tym sporo racji? W sto lat później, przed tym samym zarzutem przestrzega stary chirurg młodego kolegę:

> „Steel był znakomitym diagnostą. Był jednym z chirurgów, którzy mają szósty zmysł rozpoznawania objawów i potrafił dowiedzieć się o chorym w ciągu pięciu minut daleko więcej niż większość lekarzy w ciągu godziny. Kiedyś poprosiłem go, żeby zbadał jeden z przypadków na naszym oddziale, ośmioletniego chłopca, który został przywieziony z prawdopodobnym rozpoznaniem zapalenia wyrostka robaczkowego. Steel spędził przy nim dwie minuty, a następnie wyszedł na korytarz.

– Czyś zauważył, w jaki sposób on trzyma prawe kolano: lekko zgięte? Widziałeś, że nie porusza brzuchem podczas oddychania? A ten jego podsychający język? Przecież to dziecko ma rozlane zapalenie otrzewnej. Zapisz go natychmiast na listę operacyjną.

– Ale on ma tylko 9000 krwinek białych i normalną temperaturę – próbowałem oponować.

– Nolen, zapamiętaj, co ci powiem – Steel na to. – Staraj się patrzeć na pacjenta, a nie na jego kartę. To nie karta jest chora.

Chłopiec miał pęknięty wyrostek robaczkowy z rozlanym zapaleniem otrzewnej”[14].

Czy lekarz może kiedykolwiek zrezygnować z wyostrzonej obserwacji?

Mało kto wie, że Conan Doyle, twórca Sherlocka Holmesa, był lekarzem, a jeszcze mniej, że medycyna była natchnieniem jego twórczości detektywistycznej. Pisał o jednym ze swoich nauczycieli o nazwisku Joseph Bell:

„Była to postać uderzająca zarówno swym wyglądem fizycznym, jak i cechami umysłu. Był chudy, żylasty, czarny, z ostrą twarzą, wysoko osadzonym nosem, przenikliwymi, czarnymi oczyma i kanciastymi ramionami; głos miał wysoki i krzykliwy. Był to bardzo zdolny chirurg, lecz siła jego leżała w diagnozie, obejmującej nie tylko chorobę, lecz także zawód i charakter pacjenta”.

Doyle znalazł się na jego oddziale i zanotował:

„Do obowiązków moich należało również zanotowanie ważniejszych szczegółów, dotyczących każdego pacjenta. Zajęcie to dawało mi wiele sposobności do studiowania jego metod i spostrzeżenia, że jeden rzut oka na pacjenta mówił mu często więcej, niż moje szczegółowe badanie przy pomocy szeregu pytań. Czasami wyniki jego diagnozy miały charakter zupełnie dramatyczny, chociaż były wypadki, że się mylił”.

Przytoczył przykład jego wnioskowania:

„Na salę wszedł pacjent w cywilnym stroju:

– Dzień dobry. Pan służył w wojsku?

– Tak, proszę pana doktora.

– Niedawno zwolniony ze służby?

– Tak, proszę pana.

– Z pułku szkockiego?

– Tak.

– Służbę pełnił pan w Indiach?

– Tak.

– Widzicie panowie – zwykł się był zwracać do audytorium z objaśnieniem – jest to człowiek dobrze wychowany, lecz wszedł do sali w kapeluszu na głowie; jest to przyzwyczajenie wyniesione z armii, którego można się pozbyć po dłuższym czasie. Pewność siebie, przebijająca z całej postaci, zdradza pochodzenie szkockie; służył w Indiach, bo cierpi na *elefantiasis*, która jest chorobą tam rozpowszechnioną”[15].

„Nic dziwnego – dodaje od siebie autor *Przygód Sherlocka Holmesa* – że studium takiego charakteru, skłoniło mnie do użycia i pogłębienia jego metod w moim późniejszym życiu, kiedy usiłowałem stworzyć typ detektywa naukowego, rozwiązującego tajemnicę danej zbrodni na podstawie punktów faktycznych, a nie dzięki głupocie zbrodniarza”. Bell był mu w tym pomocny.

Jeszcze jeden historyczny przykład o jakże zadziwiającej lekarskiej wnikliwości. Edmund Neusser (1851–1912), wiedeński internista, oznaczał się niezwykłym talentem diagnostycznym. „Sztuka takiej intuicji – pisał historyk medycyny E. Lesky – jest nie do wyuczenia i nie do wyjaśnienia. Dlatego dla słuchaczy Neussera było rzeczą nie do wytłumaczenia i nie do wyjaśnienia, dlaczego genialny lekarz, z powodzi fenomenów, które przedstawia chory, wybierał właśnie ten całkiem niepozorny objaw i czynił z niego motyw przewodni i z całego bogactwa możliwości różnicowania

diagnostycznego, tego właśnie się trzymał". Ilustruje to przykładem:

> „Neusser został wezwany na konsylium. Dotyczyło ono kobiety, której sposób chodzenia sugerował *tabes dorsalis* i tak wstępnie rozpoznano.
>
> Neusser rzucił okiem i powiedział:
>
> – Tabak!
>
> – *Tabes*, panie radco dworu.
>
> – Tabak! – powtórzył Neusser.
>
> Okazało się, że pacjentka paliła 30–40 papierosów dziennie. Po rzuceniu palenia objawy ustąpiły.
>
> – Skąd pan to wiedział? – pytali zdumieni lekarze.
>
> – Bo to, po prostu, wygląda inaczej – odpowiedział"[16].

Mimo swego znakomitego talentu, już w 1896 roku zakupił Neusser do kliniki aparat rentgenowski, dzięki czemu jego klinika stała się miejscem narodzin radiologii austriackiej.

Mimowolnie przypomina się zdanie krakowskiego internisty prof. Tadeusza Tempki zanotowane przez E. Zegadłowicza: „Zbadać i rentgen; i w ogóle teraz rentgen; to mój system; po kuracji; dla upewnienia; pierwej mi nie potrzeba, mam rentgen w palcach".

Sprawa intuicji w medycynie była przedmiotem dyskusji i nadal nie jest rozstrzygnięta wobec rozbieżności poglądów: istnieje czy nie istnieje? Niewątpliwą pozostanie kwestia talentu i, co istotne, rzetelnego przygotowania: umiejętności obserwacji, badania i różnicowania, które to elementy z wykształcenia lekarskiego nigdy zniknąć nie mogą.

Na dowód całkiem współczesna wypowiedź. Należy ona do prof. Jerzego Hołowieckiego, hematologa: „Żeby być dobrym lekarzem,

trzeba stale, aż do granic swoich możliwości intelektualnych, doskonalić wiedzę i umiejętność dostrzegania objawów”[17].

Przypisy

[1] Według: E. Lesky, *Meilensteine der Wiener Medizin*, Wilhelm Maudrich, Wien–München–Bern 1981, s. 16.

[2] W.F. Szokalski, *Wspomnienia z przeszłości*, opr. A. Wrzosek, Księg. Stow. Naucz. Pol., Wilno 1921, t. II, s. 152.

[3] Tamże, s. 152.

[4] Tamże, s. 152.

[5] W. Szumowski, *Historia medycyny*..., s. 568.

[6] Rozmowa z prof. Wiktorem Degą, [w:] J. Żakowski, *Rozmowy z lekarzami*, MAW, Warszawa 1987, s. 157.

[7] J. Dietl, *Aforyzmy kliniczne na ścisłem badaniu osnute*, „Przegląd Lekarski” 1862, 1, nr 1, s. 2.

[8] Rozmowa z prof. Tadeuszem Orłowskim, [w:] J. Żakowski, *Rozmowy*..., s. 189.

[9] E. Szczeklik, *Diagnostyka ogólna chorób wewnętrznych*, PZWL, Warszawa 1952, s. 18.

[10] W. Szumowski, *Czy natura ludzka jest mądra*, „Problemy” 1946, nr 9, s. 27.

[11] M.B. Marciniak, *Umysł i ruch w leczeniu bólu*, „Ból i cierpienie”, Kraków 2007, s. 90.

[12] C.R. Smith, *The Physician examines the Bible*, Philosophical Library, New York 1950, s. 180.

[13] J. Dietl, *Aforyzmy kliniczne*..., s. 1.

[14] W.A. Nolen, *Jak zostałem chirurgiem*, tłum. W. Rudowski, PZWL, Warszawa 1976, s. 166.

[15] A.C. Doyle, *Wspomnienia i przygody*, Kraków b.d., s. 21.

[16] E. Lesky, *Meilensteine…*, s. 134.

[17] J. Hołowiecki, *Rozgrzeszenie w tłumie Chinek*, [w:] *Dobry zawód…*, red. K. Bochenek, D. Kortko, Znak, Kraków 2006, s. 80.

Wychodząc z założenia, że klinika pochodzi od słowa *kline*, czyli łóżko, w latach 50. i 60. starzy profesorzy nie przyznawali statusu klinik zakładom leczniczym, które nie miały chorych w łóżkach, choć były to placówki uniwersyteckie, prowadzące lecznictwo, dydaktykę i badania naukowe.

W latach 90. byle kto otwierając prywatną praktykę w lepiej wyposażonych warunkach, przywłaszczał sobie tytuł kliniki. Doczekało się to prawnego rozwiązania.

„Galicyjska Gazeta Lekarska” 2009, nr 3

„Klinika” – jako oznaczenie w nazwie zakładu opieki zdrowotnej

W świetle art. 1 ust. 2 w związku z art. 2 ust. 5 ustawy z dnia 30 sierpnia 1990 roku o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2007 roku, Nr 14, poz. 89 – tekst jednolity – z późn. zmianami) oznaczenia „klinika” albo „kliniczny” mogą być zamieszczane **wyłącznie** w nazwach zakładów opieki zdrowotnej, które zostały utworzone w celu: prowadzenia badań naukowych i prac badawczo-rozwojowych lub realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia.

Tak nazwę zakładu, jak też determinujący ją w ww. aspekcie cel, dla którego zakład został utworzony, określa art. 11 ust. 2 pkt 1 i 2 cyt. ustawy.

Oceniając przywołane przepisy, należy zwrócić uwagę, iż sfera badawcza w omawianym stanie musi stanowić podstawowy cel, dla którego zakład opieki zdrowotnej został utworzony, zaś powiązane z nim udzielanie świadczeń zdrowotnych stanowią, co zrozumiałe, choć konieczny to jedynie „dodatek".

W związku z powyższym nie da się przyjąć, iż wystarczającym dla prawnego uzasadnienia użycia w nazwie zakładu pojęcia „klinika" jest wskazanie bliżej niesprecyzowanej sfery badań naukowych, jakie potencjalnie w zakładzie będą prowadzone, bowiem z istoty wniosku o rejestrację musi wynikać wyraźnie, iż faktycznym, głównym i podstawowym celem działania zakładu będzie realizacja badań naukowych.

Z oczywistych względów bezwzględnie nieuprawnionym byłoby użycie pojęcia „klinika" w oznaczeniu nazwy praktyki lekarskiej.

Biuro Radców Prawnych OIL

Mgr Dariusz Dziubina

XVII. Oświecenie

Gdy Kopernik „wstrzymał słońce i ruszył ziemię”, poszły za nim odkrycia Galileusza za pomocą skonstruowanego przez niego teleskopu. Gdy W. Harvey odkrył krążenie, a A. van Leeuwenhoek udoskonalił mikroskop, trzeba było nieco poczekać, ale wreszcie Malpighi wykorzystał go do anatomii mikroskopowej. Dzięki temu makro- i mikroświat stał się bliższy człowiekowi. To pchnęło go do badań przyrodniczych, którymi zasłynie XVIII wiek, wiek „filozoficzny”.

Ale początków należy szukać jeszcze w epoce Odrodzenia. Franciszek Bacon (1561–1626) podjął się klasyfikacji nauk. Odrzucił sylogizmy, którymi nauka – w tym medycyna – posługiwała się od starożytności, i wprowadził nową metodę opartą na eksperymencie, a uzupełnioną indukcją. Eksperyment jest podstawą poznania, indukcja daje uogólnienie; od niej uzależnił losy nauki.

Innym filozofem, który odegrał ogromną rolę w nowoczesnej filozofii, był Kartezjusz (1596–1650). Umysł to wszechstronny.

W odniesieniu do wiedzy, jego zdaniem bardzo niejasnej, dążył do przejrzystości i wyraźności. Ideał wiedzy widział w matematyce. Stąd się wzięło jego spojrzenie na przyrodę: geometryczne i mechanistyczne. Procesy życiowe są procesami mechanicznymi. Zwierzęta to maszyny; ciało człowieka jest również maszyną.

> „Mechanistyczna koncepcja przyrody zastąpiła dynamiczną koncepcję scholastyczną, operującą pojęciami samorzutnych sił i celów. Uczyniła obraz świata uboższym, ale za to przejrzystszym i łatwiejszym do opanowania naukowego”[1].

Mechanicy budowali urządzenia dotąd nieznane, np. zegary wykazujące nie tylko godziny i minuty, ale datę, fazy księżyca etc. To bardzo zbliżało do funkcji organizmów żywych.

> „Główne twierdzenia mechanicyzmu są następujące: świat jest jedną wielką maszyną, którą rządzą prawa mechaniki klasycznej odkryte przez Newtona; prawa te są najbardziej podstawowymi prawami fizyki, a nawet całej nauki w ogóle. Wszystkie inne działy fizyki, a nawet wszystkie inne nauki należy zredukować do mechaniki – zredukować, czyli prawa innych teorii lub nauk przetłumaczyć na prawa mechaniki”[2].

Ten redukcjonizm nie ominął również medycyny.

Prof. Tadeusz Bogdanik, internista, przyjął za dewizę życiową wypowiedź brytyjskiego fizyka, matematyka i przyrodnika Williama T. Kelvina (1824–1907):

> „Jeśli to o czym mówimy, możemy zmierzyć i wyrazić liczbami, to znaczy że coś o tym wiemy, a gdy nie możemy tego zmierzyć i nie możemy wyrazić tego w liczbach, nasze wiadomości są skąpe i niewystarczające”.

To opinia kreująca nauki przyrodnicze, z matematyką na czele, na prawdziwą naukę (*scientia*, dziś w literaturze angielskiej: *sciences*). Ale to tylko dowód na to, że medycyna nie jest nauką. Sam profesor jest tego, rzecz jasna, świadomy i twierdzi, iż: „Medycyna

nie jest oczywiście matematyką, ale komputeryzacja medycyny i praktyczne wykorzystanie metod matematycznych ułatwia pracę lekarza”[3].

A zatem służebna rola nauk przyrodniczych i matematyki wobec medycyny. Na to zgoda!

Ale jeśli lekarze odeszli od poglądów swego kolegi z XVIII wieku La Mettriego, autora rozprawy *Człowiek maszyna* (1748), to nie znaczy, że ten czysto mechanistyczny sposób myślenia nie jest nadal właściwy naszemu społeczeństwu, które wierzy, że nie natura leczy, lecz lekarz. I na podobieństwo owego krakowskiego zegarmistrza reklamującego się stwierdzeniem, że naprawi każdy zegarek, podobne wymagania stawia lekarzowi. Stąd brak szacunku dla własnego zdrowia, czyli dla własnego ciała, które wspiera naturę w jej działaniu leczniczym, jest powszechny. Człowiek „istota nieznana” jeszcze niedawno był przedmiotem kpin. Nieznana? Jesteśmy o krok, by wiedzieć o nim wszystko – twierdzono. Czy to nie relikt tamtych czasów?

Kartezjusz niemało kłopotu sprawił swoim poglądem na człowieka. Według niego składa się on z dwóch części, które nazwał substancjami: ciała i duszy. Pogląd niezbyt nowy, ale błędny. Znany był starożytnym, a walczył z nim św. Tomasz z Akwinu. Ojciec Józef Bocheński zaliczał go do zabobonów:

> „Rzecz mianowicie w tym, że człowiek nie jest połączeniem dwóch rzeczy, cielesnej i duchowej, ale jedną jedyną rzeczą posiadającą jakby różne strony czy różne warstwy. Takich warstw znajdujemy w człowieku nawet więcej niż dwie. Człowiek jest przecież najpierw ciałem. Jest istotą wyposażoną we wszystkie właściwości roślin, bo odżywia się, rozmnaża itd. jak one. Jest dalej zwierzęciem [...]. Jest wreszcie istotą, która umie się modlić itd., słowem jest istotą duchową. Ale te wszystkie jego cechy czy

> funkcje, wszystkie warstwy składające się na jego istotę, nie są rzeczami, ale stronami, cechami, funkcjami tego samego jedynego podmiotu, jedynej rzeczy, jaką jest sam człowiek”[4].

Ta teza o jedności człowieka pojawi się we współczesnej koncepcji człowieka pod nazwą holizmu. Nie tylko w filozofii, w medycynie też.

Popularny jest w kręgach lekarskich Europy dowcip.

Dają książkę telefoniczną studentowi filozofii:

– Po co mi to jest potrzebne? – pyta.

Dają studentowi medycyny:

– Na kiedy mam się tego nauczyć?

Dowcip nie jest abstrakcyjny, wyrósł z konkretu dydaktyki medycznej sięgającej czasów, gdy zachłystywano się wiedzą, zwłaszcza wiedzą przyrodniczą. Człowiek jest częścią przyrody i musi być rozpatrywany w odniesieniu do niej, ale spojrzenie lekarza na człowieka nie może być czysto przyrodnicze. Przypomnijmy: medycyna korzysta obficie z nauk przyrodniczych, ale sama nauką przyrodniczą nie jest i rozpatrywanie człowieka chorego, istoty rozumnej o bogatym życiu duchowym, zwłaszcza w sytuacji choroby, wyłącznie w kategoriach przyrodniczych jest dalekie od poprawności. A na dydaktyce medycznej wciąż ciąży oświeceniowe piętno kultu rozumu.

Psychiatra, którego – jak wyznał – bardziej interesuje osoba niż organizm, po studiach medycznych rozpoczął studia filozoficzne i zdziwił się:

> „[...] bo u nas na medycynie trzeba było partie materiału wykuwać na pamięć i nikt od nas nie oczekiwał interpretacji. Na filozofii przekonałem się, że medycyna nie uczy studiowania, nie zachęca do interpretowania

> myśli. [...] Po medycynie byłem przyuczony zapisywać, a potem odtwarzać. Tymczasem na filozofii siadało się nad jakimś tekstem i myślało”[5].

Jeśli nawet przyjmie się, że część materiału musi być opanowana pamięciowo, nie zwalnia to od potrzeby rozumowania. A dydaktyka medyczna nie idzie w tym kierunku. Pisze znany klinicysta:

> „Nie podobają mi się egzaminy testowe. Premiują wkuwanie. A cała masa tej wiedzy jest niepotrzebna i w praktyce lekarskiej prawie nie ma znaczenia. Medycyna polega na rozwiązywaniu zagadek. Dobry lekarz musi mieć typ umysłowości analitycznej. Radziłem się specjalistów, czy jest jakiś test, który pozwoliłby zajrzeć do duszy kandydata, dostrzec, jakim jest człowiekiem. To ważniejsze niż pojemność jego pamięci”[6].

A cierpią na tym wzajemne relacje pomiędzy lekarzem a pacjentem, które zajmują we współczesnej medycynie tyle miejsca z punktu widzenia prawnego, etycznego i medycznego, skomplikowane teraz uzyskiwaniem zgody na leczenie (*informed consent*).

Znany jest każdemu uczniowi w Polsce fragment wiersza „Romantyczność”:

> Wiara i czucie silniej mówią do mnie
> Niż mędrca szkiełko i oko.

Mickiewicz napisał to z wyraźną aluzją do Śniadeckiego, którego wykładów słuchał, oraz do badań mikroskopowych odsłaniających wówczas przed uczonymi świat dotąd nieznany. Ale czy na tej drodze poznawalny do końca?

Jaką miarą fizyczną ma mierzyć dziewczyna uczucia chłopca wyznającego jej swą miłość? A przekładając to na stosunki lekarza do chorego, czy może go zadowolić najwnikliwsza analiza,

najściślejsze diagnozowanie jego fizycznej struktury bez odniesienia do przeżyć duchowych związanych z nim i jego chorobą?

Julian Aleksandrowicz powiedział kiedyś: Gdyby Chrystus dysponował aparatem EKG unaoczniłby, że nienawiść bardziej zabija tego, kto jest jej źródłem, niż przedmiotem. Czy musimy czekać na wynalezienie aparatury do udowodnienia istnienia zjawisk niematerialnych, ale zauważalnych w codziennym życiu?

Na tym progu zatrzymują się osiągnięcia oświeconej epoki. W zakresie rozumu wypowiedziano się bardzo wiele, czy równocześnie w zakresie wiary tyleż samo? Nie tylko tej wiary, która potrzebna jest choremu, aby sam dążył do wyzdrowienia, ale tej nadprzyrodzonej, głębokiej wiary, którą Oświecenie chciało odebrać ludzkości?

Materializm był najbardziej typowym systemem Oświecenia. O ile w XVII wieku koncentrowano się jeszcze na problemach świata nadprzyrodzonego i poświęcano uwagę metafizyce, o tyle w XVIII wieku przedmiotem zainteresowania stał się wyłącznie świat przyrodzony. To również przejęli przyrodnicy i lekarze w XIX stuleciu. W. Szumowski tak to uzasadniał:

> „Olbrzymie postępy nauk przyrodniczych, prawo zachowania materii i siły, coraz większe postępy chemii, która wykazywała w szczegółach budowę materii, wszystko to nasuwało myśl, że sama teoria przyrodnicza wystarczy jako filozofia. Tą teorią był materializm, który wystąpił teraz ze zdwojoną siłą jako podstawa i jako konsekwencja przyrodoznawstwa”[7].

Dla La Mettriego dusza jest ciałem. Podobnie rozumowali François Broussais i François Magendie oraz twórca frenologii Franz Joseph Gall. W Niemczech materializm znalazł

przedstawicieli w osobach Jakuba Moleschotta, Ludwika Büchnera, Karola Vogta. Utwierdziła ich w tych poglądach nauka Karola Darwina. Materialistą był też Virchow, wielki skądinąd autorytet naukowy. I tu tkwi niebezpieczeństwo przeniesienia punktu ciężkości z dziedzin rzetelnych osiągnięć i wiedzy autorytetu na dziedziny zupełnie nieznane i nieuprawiane.

Wybitne autorytety mają to do siebie, że potrafią narzucić swoje zdanie albo swoją opinię o rzeczach, o których nie mają pojęcia. W nauce podobnie jak w sztuce. Ojciec Bocheński pisał o artystach:

> „[...] zabobon dotyczący artysty to mniemanie, że przysługują mu prawa, których nikt inny nie posiada. [...] Zdarza się wówczas, że otoczony szacunkiem artysta staje się prawdziwym guru, bezwzględnym autorytetem we wszystkich dziedzinach. Dochodzi do tego tym łatwiej, im bardziej inne autorytety – zwłaszcza moralne – są osłabione, jak to się zdarza zwykle w okresach upadku społecznego”[8].

I tu wchodzimy na bliższy nam grunt codziennych doświadczeń naszego środowiska, zwłaszcza środowiska naukowego. Jeśli ktoś, kto np. w zakresie badań fizjologii dwunastnicy doszedł do wysokich notowań w świecie nauki, chce być wyrocznią w zakresie spraw bardzo odległych, kończy się to nieporozumieniem. Straty są wtedy mniejsze lub większe, ale lokalne. Co innego, gdy rzecz ma wymiar międzynarodowy. A tak było z oparciem rozwoju medycyny na materializmie. Czy można było, w imię słusznej skądinąd myśli, „zobiektywizować” fizycznie człowieka? W. Szumowski pisał:

> „Materializm głoszący, że człowiek składa się tylko z materii i że nie ma w człowieku żadnego innego czynnika niematerialnego, był najbardziej typowym poglądem wśród lekarzy XIX w.: chemia, docierając wciąż do układu atomów, zabierała śmiało głos w tej sprawie i twierdziła, że prócz

> materii nie może nigdzie wykazać nic więcej; anatomia, preparując ciała, nie mogła nigdzie odpreparować nic niecielesnego; psychiatria podawała nieraz, że się najzupełniej dobrze obywa bez hipotezy duszy. W ten sposób lekarze już ze szkół lekarskich wynosili przeważnie światopogląd materialistyczny, mechanistyczny i deterministyczny”[9].

Tenże Szumowski wykazał, że w XIX wieku nastąpił odwrót od materializmu, a świadectwo innego, niematerialistycznego sposobu myślenia dali Emil du Bois-Reymond i inni, lecz nie zwracano na to uwagi. Materializm zaczął upadać dopiero w XX wieku.

> „Materializm zawsze się tym odznaczał, że upraszczał sobie trudności poznawcze i nie widział zawiłości zagadnień; w medycynie usposabiał on lekarza do apodyktycznego tonu i bezwzględnej pewności, że wszystko jest poznawalne, a jeżeli coś nie jest jeszcze poznane dzisiaj, to zapewne będzie poznane jutro. Materializm nie lubił historii i nie uznawał jej potrzeby”[10].

Osobliwe, jak autorytet może zniewolić młode umysły i przekonać przyszłych lekarzy do filozofii materialistycznej. Antoni Wrzosek, który studiował w Kijowie, a później na kilku uniwersytetach Niemiec i Szwajcarii stwierdził, że nigdzie nie spotkał się z krytyką materialistycznego ujmowania zagadnień naukowych, w tym medycznych. Odwrotnie! J. Pagel, profesor historii medycyny na uniwersytecie w Berlinie, wpajał studentom medycyny poglądy materialistyczne. Powoływał się na filozofię Fryderyka Alberta Langego, który w swej *Historii materializmu* twierdził: „Medycyna jest poniekąd teologią materialistów”. Pagel nawoływał z naciskiem: „Materializm jest teologią medyków”. Wrzosek podsumowuje swe doświadczenie następująco:

> „Miałem szczęście uczęszczać na wykłady wielkich uczonych, znakomitych pedagogów, ale nie miałem szczęścia spotkania na swej

drodze studenckiej ani jednego profesora, który byłby zarazem wychowawcą, który by mnie nie tylko olśnił swoim umysłem, ale i ujął za serce. Nie dziwota. Bo uniwersytety rosyjskie, szwajcarskie i niemieckie dawno przestały wychowywać swoich uczniów; one ich tylko kształciły”[11].

Ale to doświadczenie pomogło mu odkryć, że polska myśl okazała się niezależna. Co znalazł w dziełach polskich lekarzy?

„Dwie rzeczy przede wszystkim: dążenie do syntezy, a nie rozdrabnianie się w szczegółach i szczególikach, a po wtóre – głęboka religijność. Rzecz to bardzo znamienna, że religijność swoją zaznaczają znakomici nasi lekarze XIX stulecia nie tylko w pamiętnikach lub testamentach, lecz nawet w dziełach ściśle naukowych”[12].

I na przykładach szeregu polskich lekarzy (J. Śniadecki, J. Mianowski, J. Dietl, T. Chałubiński, W. Biegański, K. Marcinkowski) udowodnił odmienny, niezależny od niemieckiej filozofii materialistycznej, sposób myślenia i ich religijność.

Zwróćmy uwagę: przedstawiciele niemieckiej filozofii medycyny byli teoretykami, polscy lekarze – praktykami. Czy to ma znaczenie? Współczesny nam teolog niemiecki, B. Häring, który swą refleksję poświęcił medycynie i jej problemom, wyraźnie pisze:

„Jedną z największych pokus teoretycznej medycyny, wykładanej na uniwersytetach przez szkoły, które kierowały się całkowicie modelem myślowym nauk przyrodniczych, było ograniczenie pola widzenia do biochemicznej natury człowieka. Studiowano życie komórki, narządów oraz wszystkie ich biochemiczne funkcje, a zaniedbywano całość ciała jako ucieleśnionej osoby. [...]

W medycynie naukowej okazuje się jednak zadziwiająca polaryzacja w różnorodnym pojmowaniu natury ludzkiej. O ile lekarz praktyk zawsze jakoś ogarnia całość człowieka, to wielu przedstawicieli klasycznej szkoły

> medycyny, pracujących w ramach nauk przyrodniczych, ogranicza się do jednostronnego ujmowania biochemicznej natury człowieka”[13].

I dalej snuje refleksje, że dla lekarza punktem wyjścia nie jest człowiek abstrakcyjny, lecz konkretny chory człowiek i dlatego „swoje racjonalne pojmowanie natury ludzkiej będzie on ustawicznie badał na podstawie własnych doświadczeń”.

I chodzi właśnie o to, by widzieć człowieka w konkrecie jego cielesno-duchowej postaci.

Obrachunki z Oświeceniem

Znaczenie epoki Oświecenia dla rozwoju myśli ludzkiej z koncentracją na świecie przyrodzonym doprowadziło do rozwoju obiektywnych metod poznawczych, co umożliwiło rozwój nauk przyrodniczych, z których tak obficie skorzystała medycyna. Nie ma jednak epoki, która by jednoznacznie pozytywnie wpłynęła na rozwój ludzkiego myślenia, na jego niezależność w szukaniu prawdy, bez niebezpieczeństw ulegania modnym tendencjom lub wybitnym autorytetom. Jeśli szukamy śladów odległych epok w naszych czasach, to znaczy, że trzeba będzie podjąć próbę, mniej lub więcej udaną, rozliczenia się również z tą epoką.

Trwająca pół wieku izolacja pomiędzy Europą Wschodnią i Zachodnią była powodem do wyobrażania sobie, że prawdziwe wartości europejskie przechowywane są w jej części zachodniej. Jakież spotkało nas rozczarowanie. Dechrystianizacja, brak tolerancji w imię tolerancji, przejawy antyreligijne – wszystko to jakże niebezpieczne dla losów Europy. Karol Wojtyła uświadomił to sobie, gdy został papieżem i dawał temu wyraz, najbardziej

w adhortacji apostolskiej *Ecclesia in Europa*. Czytamy w niej, że uważa się człowieka za „absolutne centrum rzeczywistości, każąc mu w ten sposób wbrew naturze zająć miejsce Boga, zapominając o tym, że to nie człowiek czyni Boga, ale Bóg czyni człowieka". Czy takie rozumowanie nie jest pochodną wieku oświeconego?

I kluczowe zdanie: „Zapomnienie o Bogu doprowadziło do porzucenia człowieka"[14]. Rezultaty tego widzimy w liberalizacji eutanazji i aborcji.

Można odciąć się od Ewangelii, od religii, od duchowieństwa, ale nie można się odciąć od medycyny i tych, którzy ją reprezentują; zwłaszcza w ostatnich chwilach życia. I tu wyłania się problem. Wolter, który zjadliwym językiem walczył z religią i wszelkimi jej przejawami, w ostatnich chwilach swego życia rozpaczliwie szukał tego, co utracił dobrowolnie. A ten schemat się powtarza. Człowiek jest istotą psychosomatyczną. I nie wystarczy w tych terminalnych sytuacjach zaspokoić jednostronnie jego potrzeb fizycznych. Lekarz będzie musiał tu wejść w rolę duchownego. *Medicus alter Christus*.

Należy to mieć na uwadze, by nie stracić tych wartości, które jeszcze posiadamy.

Przypisy

[1] W. Tatarkiewicz, *Historia filozofii*, Czytelnik, Kraków 1949, t. II, s. 70.

[2] M. Heller, *Podglądanie wszechświata*, Znak, Kraków 2008, s. 42.

[3] T. Bogdanik, *Wspomnienia*, „Przegląd Lekarski" 1999, nr 56 (wyd. spec.), s. 6.

[4] J. Bocheński, *Sto zabobonów*, Philed, Kraków 1994, s. 36.

[5] *Psychiatra w konfesjonale*, [w:] *Dobry zawód*, red. K. Bochenek, D. Kortko, Znak, Kraków 2006, s. 178.

[6] *Kaczka z kośćmi*, [w:] *Dobry zawód*..., s. 97.

[7] W. Szumowski, *Historia medycyny filozoficznie ujęta*, Sanmedia, Warszawa 1994, s. 576.

[8] J. Bocheński, *Sto zabobonów*..., s. 22.

[9] W. Szumowski, *Historia medycyny*..., s. 654.

[10] Tamże, s. 659.

[11] A. Wrzosek, *Religijność naszych znakomitych lekarzy XIX wieku*, AHiFM 1927, t. VII, z. II, s. 161.

[12] Tamże, s. 163.

[13] B. Häring, *W służbie człowieka*, Pax, Warszawa 1975, s. 51, 50.

[14] Jan Paweł II, Adhortacja apostolska *Ecclesia in Europa*, Wyd. M, Kraków 2003, s. 15.

Nie rozumiał Wolter, jak nie rozumiało wielu przedstawicieli oświecenia, że religia jest owocem najgłębszych i najszlachetniejszych potrzeb duszy ludzkiej, że jedynie religia daje człowiekowi wiarę w prawdziwą wartość życia, a zatem i siły do życia; nie rozumiało także oświecenie, że religia może być wprawdzie przedmiotem rozumowania, ale nie może być owocem rozumowania, że jest wytworem serca, które może, chce i ma prawo wierzyć nieraz nawet w to, czego największy rozum nigdy nie dowiedzie. A i wtedy jeszcze myliło się oświecenie, kiedy uczyło, że i moralność, jak religia, jest wytworem jedynie rozumu i że wystarczy być rozumnym, aby być moralnym, że więc sama

jedna oświata wykorzeni ze świata niemoralność; jak na innych polach, tak i tutaj przeceniło oświecenie potęgę rozumu ludzkiego, zapominając o tych dwóch niewątpliwych prawdach, że po pierwsze, do tego, aby stać się moralnym, nie wystarcza zrozumieć prawdy moralne – że trzeba je nadto ukochać sercem, a po drugie, że do dziś dnia dla ogromnej większości ludzi najsilniejszą podstawą i nieodzownym warunkiem moralności jest religia dogmatyczna, że nie zawsze wprawdzie, ale bardzo często wraz z utratą wiary chwieją się w człowieku zasady moralne. W ogóle w dziadzienie pojęć religijno-moralnych było oświecenie prądem jednostronnym i ciasnym.

Ignacy Chrzanowski, *Historia literatury niepodległej Polski*, PIW, Warszawa 1971, s. 473

XVIII. O chirurgach i samej chirurgii

Już w czasach pierwotnych, w sytuacjach, w których zachodziła potrzeba przyjścia z pomocą drugiemu człowiekowi i kiedy się rodziły pierwsze próby jej niesienia, dały się wyróżnić dwa rodzaje lekarzy ludowych, znachorów lub jak ich nazwiemy, w zależności od typu choroby, której trzeba było zaradzić. Jeśli choroba była wyrazem działania sił supranaturalnych, czyli demonów, pojawiali się znachorzy-czarownicy, którzy, wchodząc w związki ze światem nadprzyrodzonym, uzyskiwali poprawę lub wyleczenie. Ci zazwyczaj dysponowali ponadto wiedzą całkiem przyrodzoną o działaniu leków naturalnych. Inni działali w przypadkach nagłych, powstających w wyniku urazów mechanicznych, o które nie było trudno przy zdobywaniu pokarmu, w walce ze zwierzętami i w plemiennych potyczkach.

Co można mówić o kwalifikacjach lub braku kwalifikacji tych ludzi? Nie wiemy wiele, ale musieli mieć predyspozycję wewnętrzną i zdolności manualne. To wydaje się oczywiste

i istotne w takim działaniu do dziś. Przez predyspozycję wewnętrzną rozumieć należy odporność na widok poranionego ciała, zwłaszcza na widok krwi, odporność psychiczną na ludzki ból i wobec zadawanego bólu, który przez tysiąclecia nieodłącznie wiązał się z postępowaniem chirurgicznym. Krew działa demobilizująco. Wiedzieli o tym Spartanie, farbujący swe chlamidy na czerwono, by widok krwi poranionych współtowarzyszy nie obniżał ich kondycji duchowej. Brak tej odporności dyskwalifikuje i teraz kandydata na chirurga.

Wspominany już wielokrotnie znakomity pisarz A. Majewski, będący praktykującym chirurgiem, opisuje, jakiej próbie jego ojciec, również chirurg, poddał swych dwóch synów, w których widział przyszłych lekarzy: wprowadził ich na salę operacyjną.

> „Atmosfera sali operacyjnej, na którą składają się odgłosy, zapachy, jaskrawe światło lamp operacyjnych, widok krwi, a przede wszystkim świadomość, że tu się toczy walka o ludzkie życie – nie robiła na mnie większego wrażenia, nawet wtedy, kiedy przed dwoma miesiącami znalazłem się tu po raz pierwszy. A cóż dopiero teraz, gdy uważałem się za doświadczonego praktyka! Z zainteresowaniem więc przyglądałem się otwieraniu brzucha, gdy nagle zaskoczyło mnie jakieś nerwowe szarpanie za mój fartuch...”[1].

To zemdlał brat autora. Wyprowadził go więc, a gdy sam wrócił na salę operacyjną, ojciec zapytał: „Jak Józio? Śpi! Dobrze! Niech śpi! Będzie więc prawnikiem!”. I tak się stało.

> Nie każdy, kto chce zostać księdzem, może zostać księdzem, nie każdy pragnący być chirurgiem, może nim zostać. Dawniej ten proceder eliminacyjny był uproszczony. Opowiada stary chirurg: Profesor Rutkowski obserwował młodego adepta i – bywało – zapraszał do gabinetu. Tam oświadczał: Kolego, z pana chirurg nie będzie! Uścisk dłoni i na tym się kończyło (dr S. Niewiadomski). W PRL-u za kandydatem stały

związki zawodowe, partia i inne wpływowe instytucje. O chirurgach z takiego doboru do dziś snuje się opowieści.

Te cechy, właściwości psychiczne i fizyczne musiały tkwić już w psychice pierwotnych znachorów-uzdrowicieli, bo inaczej nie dzieliliby się na tych od spraw „wewnętrznych" i „zewnętrznych". Amerykański chirurg W.A. Nolen pisze:

„Chirurgia przyciąga zupełnie inny rodzaj osobowości niż medycyna wewnętrzna. Ktoś, kto poświęca się chirurgii, to facet, który nie lubi siedzieć i oczekiwać na wyniki. Woli szybkie działanie nożem od powolnego leczenia pigułkami. Czego mu brakuje w zakresie cierpliwości, to nadrabia zdecydowaniem.

Chirurg jest bardziej hazardzistą niż lekarzem"[2].

Majewski był zaskoczony jeszcze innym faktem: kondycja fizyczna wskazująca, że brat będzie bardziej wytrzymały, przemawiała wyraźnie na jego korzyść. Jednak ojciec wyjaśnił mu:

„To nie ma nic wspólnego z siłą fizyczną ani ze sprawnością sportową. Lekarz musi być opanowany i mieć silne nerwy, a poza tym być odporny na takie widoki jak rany, krew i temu podobne sprawy. Sprawność fizyczna jest pożyteczna, a nawet w pewnym sensie niezbędna, ale nie najważniejsza"[3].

Niegdyś wymagano od chirurga odpowiedniej postury i krzepy fizycznej. Taką dysponowali niektórzy nasi mistrzowie, jak Bronisław Kader czy Maksymilian Rutkowski. Stąd zrozumiałe się staje, dlaczego z nieufnością patrzono na Jana Mikulicza, gdy zjawił się w Krakowie, był bowiem mizernej budowy. Podobnie jak Tadeusz Guschlbauer, którego autor mógł oglądać przy operacji, a przecież chirurgiem był świetnym. O brak kondycji u kobiet martwił się Ludwik Rydygier, przeciwnik dopuszczenia kobiet do

studiów lekarskich. Choć pozornie miał rację, przecież spisały się niezgorzej.

Ludzie ci, których możemy nazwać „zabiegowcami", musieli poza dobrymi chęciami wykazywać pewną sprawność manualną. Ta potrzebna była do zaopatrywania ran, wyjmowania grotów, nacinania ropni, unieruchamiania złamań etc. Działanie to związane było zawsze z bólem; zatem bardzo istotny był krótki czas wykonywania zabiegu. I zasada ta obowiązywała przez stulecia, a nawet tysiąclecia. Wiele zmieniło się w chirurgii po wprowadzeniu znieczulenia ogólnego w połowie XIX wieku. Wtedy czas wykonywania zabiegu stał się mniej istotny. Wszakże jeszcze w połowie ubiegłego stulecia krakowscy chirurdzy uważali, że:

> „[...] miernikiem kwalifikacji operatora była przede wszystkim szybkość działania, oczywiście z zachowaniem wymogów techniki operacyjnej. Panowało wśród nas przekonanie, że kto nie potrafi zoperować prostego wyrostka w 15 minut, powinien przenieść się na internę"[4].

A teraz, szanowny Czytelniku, zwróć uwagę na to, co o przymiotach chirurga pisał Celsus:

> „Trzeba mocnego zdrowia, młodego i czerstwego wieku, nie stępionych zmysłów, zimnej krwi i nie nadto tkliwego serca, nieco nawet twardości w charakterze, żeby na jęki chorego nie łatwo się rozczulać, nie tracić przytomności".

Czy coś się zmieniło?

Ludzi wykonujących zabiegi chirurgiczne widzieliśmy w starożytnym Egipcie i Izraelu. W Grecji mieli swoje szkoły, podobnie było w Rzymie. Ich uproszczone metody leczenia stawały się przedmiotem drwin ze strony uczonych lekarzy, ale w czasach, które potem nadeszły, odegrali oni chwalebną rolę, i o tym nie

wolno zapomnieć. To przecież oni nieśli pomoc doraźną, a ta na co dzień jest najpotrzebniejsza.

Rozdział pomiędzy medycyną oficjalną a chirurgią zaczął się już w czasach starożytnych, ale pogłębił się we wczesnym średniowieczu. Medycyna oparta na teorii humoralnej i wywodzących się z niej środkach leczniczych wymagała wykształcenia, o które po upadku ośrodków intelektualnych i szkół lekarskich było trudno. Natomiast wszelkie działanie oparte na patologii solidarnej nie wymagało żadnej wiedzy teoretycznej, nawet podstawowej nauki czytania i pisania, bo było przekazywane tradycyjnie z mistrza na ucznia, bez potrzeby uzasadnienia teoretycznego, którego wymagała medycyna oficjalna. Do jej podstawowych środków terapeutycznych zaliczano: ruch, masaż, wodę, słońce, powietrze oraz takie zabiegi, jak: puszczanie krwi, zaopatrywanie obrażeń zewnętrznych, leczenie złamań, nacinanie ropni, a także bardziej skomplikowane: usuwanie ciał obcych, usuwanie polipów, migdałków, trepanacje czaszki.

Ale chirurgia średniowieczna nie była chirurgią starożytną, chociaż z niej się wywodziła: została wzbogacona osiągnięciami medycyny arabskiej. Przypomnijmy, że Albucasis z Kordoby ostatnią księgę swego dzieła poświęcił w całości chirurgii. I miał o czym pisać. Wartość tego dzieła docenił Gerhard z Cremony, tłumacząc je na łacinę. Jako jedno z pierwszych dzieł medycznych ukazało się drukiem w Wenecji w 1497 roku.

Arabowie w chirurgii chętnie stosowali przyżeganie. Tak leczono nowotwory, hemoroidy, przetoki. Ale też stosowano je w takich chorobach, jak melancholia, epilepsja i puchlina wodna. Tu

znaczenie miała teoria humoralna: żegadło to czynnik suchy i gorący, przeciwstawienie elementów mokrych i wilgotnych. Nie znaczy to, że nie stosowali zabiegów krwawych; ba, nawet znane są ilustracje narzędzi i sceny przedstawiające operacje. Postęp zaznaczył się takimi osiągnięciami, jak wprowadzenie alkoholu do leczenia ran (Hugo von Lucca), zszywanie nerwów (Lanfrank z Mediolanu), wewnątrztorebkowe usunięcie soczewki (Jesu Haly), korekcja starczej dalekowzroczności.

W szkołach w Salerno i Montpellier zabiegi chirurgiczne były nie tylko wykonywane, ale i nauczane.

Ta umiejętność przeprowadzania coraz bardziej skomplikowanych zabiegów wzrastała z pokolenia na pokolenie. Jakim zakresem możliwości dysponował chirurg w XVIII stuleciu, pisał w swej *Pochwale chirurgii* R.J. Czerwiakowski:

> „Niech np. rana zadana śmiertelne krwi płynienie sprawi, chirurg je zastanawia i ranionego od śmierci ocala; niech czaszka głowy strzaskana, albo krew z naczynia przerwanego nad mózgiem wytrysła, już już nad śmierci przepaścią zawiesi, chirurg podniesie czaszkę, krew wytrysłą wyprowadzi i życiu człowieka przywróci; niech udławionemu zapalone w gardle części widocznym uduszenia niebezpieczeństwem grożą, chirurg krtań otwiera, drogę powietrzu robi, a tak życiem obdarza tego, który już był pozbawiony słodkiej jego nadziei; niech smutne ślepoty kalectwo przyjemnego człowiekowi zabrania światła, chirurg zdejmując kataraktę wzrok mu pożądany przywraca i dla ustawicznej ciemnoty, świat już (że tak powiem) przed nim zamknięty, na nowo otwiera. Niech się urodzi dziecię z pęcherzem lub siedzeniem zamkniętym, z językiem przyrosłym lub powiekami i nozdrzami zrosłemi; niech tym, lub podobnym podlega smutnym przypadkom, jeżeli chirurg wcześniej od swej ręki pomocy nie użyczy, jeżeli członków tak błędnie zrosłych nie rozdzieli, kanałów tak do utrzymania potrzebnych, najspieszniej nie

> otworzy, pierwszy jego oddech stanie się ostatnim i schodzić ze świata będzie musiało, na który dopiero co przyszło”[5].

Nietrudno zauważyć, że są to wszystko zabiegi wykonywane ręcznie. Właśnie z greckiego *cheír* – ręka i *ergos* – działanie powstała nazwa: *cheirurgía*, czyli – jak dziś mówimy – chirurgia, a wykonujących ten zawód nazwano chirurgami (albo też z gr. *cheirourgós* – cyrulikami).

Do pewnego czasu rękodziełem tym trudnili się zarówno mnisi, jak i osoby świeckie. Jednakże w XII wieku Kościół wypowiedział się przeciw uprawianiu chirurgii przez duchownych. Decyzja zapadła na Soborze Laterańskim III w 1215 roku. Wynikała ona z troski o rolę Kościoła i rolę, jaką duchowieństwo ma spełniać w życiu Kościoła: ewangelizacja i zaspokajanie potrzeb duchowych. W tym świeccy nie mogą zastąpić duchownych, a z kolei do posługi chirurgicznej nie są potrzebne święcenia i śluby zakonne.

Ale był jeszcze inny aspekt, który dostrzegł znacznie wcześniej papież Honoriusz II: wykonywanie zabiegów krwawych nie jest bezpieczne. Chirurgia nie może się bez nich objeść, a wyniki nie zawsze są pomyślne. Jeśli wskutek zabiegu doszło do wykrwawienia i zejścia śmiertelnego, to – jakby na to nie patrzeć – przyczyna była związana z działaniem osoby duchownej. Stąd sformułowano znaną tezę:

Ecclesia abhorret a sanguine

Kościół stroni od krwi.

Z tych dwóch faktów wziął się świecki rozwój chirurgii. Chirurgia znalazła się w rękach chirurgów-cyrulików, położnictwo przejęły babki, czyli doświadczone w odbieraniu porodów kobiety.

1. Chirurgia cechowa

Uprawiający zawód chirurdzy lub cyrulicy łączyli się w grupy zawodowe. Miało to na celu ochronę własnych interesów, ale też było gwarantem jakości zabiegów. Zabiegi wykonywane były zazwyczaj w łaźniach, gdzie działali: cyrulicy, balwierze i łaziebnicy. Cyrulicy stawiali bańki, leczyli skaleczenia, unieruchamiali złamania, ustawiali zwichnięcia; balwierze to golibrody, ale oni też opatrywali rany i puszczali krew; wreszcie łaziebnicy dysponowali całym zestawem kąpieli: zimnych, gorących, parowych etc. Łaźnie stawały się również miejscem spotkań towarzyskich.

Zrzeszenia zaczęły się organizować w drugiej połowie XIV wieku. W Londynie cech chirurgów powstał w 1435 roku, w Krakowie zaś w 1477. W obrębie zawodu istniała pewna gradacja: uczeń (*famulus*, *puer*), półtowarzysz (*medius socius*), czeladnik (*subiekt*, *socius*), wreszcie mistrz (*magister*), czyli ten, który ma prawo przyjmowania na naukę uczniów.

Na praktykę do mistrza przyjmowano wyłącznie chłopców. Terminowanie (stąd: terminator), czyli pobieranie nauki trwało trzy lata. Chłopiec mieszkał w domu mistrza, był przez niego utrzymywany i odziewany; miał też uczestniczyć w domowych posługach. Z czasem wystąpiły ograniczenia w wykonywaniu niskich posług, by w ten sposób nie odstraszać kandydatów do zawodu. Ten układ patriarchalny kończył się w momencie wyzwolin, kiedy mistrz uwalniał swego ucznia spod swojej władzy

(*liberum fecit*). Wiązało się to z uroczystą kolacją, często kłopotliwą dla chudopachołka.

Czeladnik pracował na rzecz mistrza, ale otrzymywał za to wynagrodzenie. Z biegiem lat sam mógł zostać mistrzem. Musiał jednak, a przynajmniej powinien odbyć wędrówkę, by zobaczyć jak pracują inni, w ośrodkach czasem bardzo odległych. Zwłaszcza w Niemczech obowiązek ten był ściśle przestrzegany, a ich *Meisterwanderungen* obrosły legendą.

To przejście chirurgii w ręce niewykształconych rzemieślników uważano za przyczynę jej słabego rozwoju. W rzeczy samej rozwój chirurgii ograniczony był przez brak:

– znajomości anatomii,

– umiejętności opanowywania krwotoków,

– możliwości zapobiegania zakażeniom ran,

– możliwości zniesienia bólu.

2. Znaczenie anatomii

Znajomość anatomii od czasu Vesaliusza i licznych szkół anatomicznych szybko przybierała na znaczeniu. Wybitny chirurg Ludwik Bierkowski, przygotowując podręcznik anatomii, we „Wstępie" napisał:

> „Kto anatomię za mniej ważną naukę uważa lub czuje do niej wstręt najmniejszy, niech lepiej zaniecha zamiaru kształcenia się na lekarza, bo w niej nie daleko postąpi"[6].

Jedna z tez stawianych w tym czasie doktorantowi brzmiała:

Medicus non anatomicus non est medicus sed medicaster

Lekarz nieobznajomiony z anatomią nie jest lekarzem, lecz konowałem.

Ale dla żadnej dziedziny medycyny anatomia nie była tak ważna, jak dla chirurgii. Wraz z jej znajomością została usunięta pierwsza, bardzo istotna w rozwoju chirurgii przeszkoda. Nauka anatomii, wykorzystując ryciny, opisy, preparaty, miała – i ma – kształcić wyobraźnię przyszłego chirurga w odniesieniu do narządów oraz ich ułożenia (topografii) w organizmie żyjącego człowieka. Bierkowski z uznaniem pisał o niezwykłej znajomości anatomii u niektórych znanych mu chirurgów, którzy potrafili w pamięci zrekonstruować przebieg pchnięcia szpady, sztyletu czy toru kuli przez twarde i miękkie tkanki organizmu. Sam o sobie napisał:

> „Ja długo uczyłem się anatomii, ciągle chodząc z tą myślą, aby przejrzeć wskroś ciało ludzkie, aby w nim widzieć wszystko jakby w przeźroczu i rzeczywiście dokazałem tego; właśnie też to tylko jest mi tak wielce pomocnym i częstokroć nieodzownie potrzebnym przy wykonywaniu operacji chirurgicznych, podczas których częstokroć krew lejąca się strumieniami zasłania wszystko, a w tej samej chwili życie chorego, zależące od jednego małego ale pewnego zacięcia nożem, wisi jak to mówią na włosku. W ten czas ja widzę w miejscu działania krwią zalanym całe to przeźrocze położonych tam części, a moje dziesięć palców, w których końcach znajdują się przez ciągłą wprawę nabyte chirurgiczne oczy (tj. czucie) przekonywają mnie o rzeczywistym stanie i położeniu tych części, jakie się tam znajdują”[7].

Nie inaczej jest i dziś.

Anatomia ponadto umożliwiała i umożliwia wykonywanie pierwszych prób operacyjnych na zwłokach. W anestezjologii pierwsze blokady wykonywano na zwłokach. Czy można sobie wyobrazić zabiegi endoskopowe, zarówno diagnostyczne, jak

i operacyjne, bez podobnych prób? Ćwiczenia na zwłokach umożliwiają także nabranie umiejętności w posługiwaniu się skalpelem.

W czasach, gdy asystenturę można było otrzymać, nie mając jeszcze dyplomu (a tak było jeszcze po wojnie), studenci – adepci chirurgii wybierali anatomię, by mieć możliwość głębszego teoretycznie, a przede wszystkim praktycznie zapoznania się z budową ciała ludzkiego i nabycia wprawy w preparowaniu.

Wiek XVI, wiek rozwoju anatomii, przyniósł owoce w zakresie chirurgii i to chirurgii na wysokim szczeblu – powiedzielibyśmy „uniwersyteckim". Mamy o tym przekazy w kulturze polskiej. Zamoyski, któremu przyszło wygłosić mowę na pogrzebie Gabriela Fallopii w 1562 roku, wychwalając jego osiągnięcia anatomiczne (ich ślad mamy dotąd w postaci *ductus Fallopii*), przystępuje do zasług w zakresie chirurgii:

> „Cóż mam rzec o chirurgii? Ta, ponieważ dzięki jego geniuszowi została obudzoną do nowego życia i należytymi honorami otoczoną, boję się, aby razem z nim nie zeszła z tego świata i nie została pogrzebaną w tej samej, co jego ciało, mogile"[8].

Ursyn Niedźwiecki, wysłany przez Zamoyskiego na studia do Padwy z zaleceniem, by się przykładał do chirurgii, pisał w 1601 roku do swego protektora: „P. Aquapendente pokazuje *operationes chirurgicae*". Ale był też w ambulatorium Herculesa Saxonii, „który – jak pisał – kołtuny przy mnie urzynał i leczył", z czego wnosić można, że zabieg ten należał do chirurga.

Znamienna jest jego prośba zawarta w tymże liście o pieniądze na narzędzia. Rozwój chirurgii wiąże się z nowymi narzędziami i to

zjawisko trwa do dziś. Niektóre narzędzia z czasem utożsamią się z nazwiskami wynalazcy (pean, kocher).

Istnieje jeszcze inne powiązanie między anatomem i chirurgiem, i to właśnie ze względu na narzędzia. Rzecz, na szczęście, należy już do przeszłości, ale – zważmy – narzędzia chirurgiczne wytwarzane były ręcznie przez rzemieślników w niewielkiej ilości, zatem były drogie. Stąd ówczesny profesor używał tych samych narzędzi raz jako anatom, raz jako chirurg. To też był istotny, ekonomiczny element, który łączył te dwa przedmioty z sobą.

Ale znajomość anatomii, tak istotna dla chirurgii, nie była jedynym czynnikiem, który miał zapewnić jej rozwój. Pozostały do rozwiązania jeszcze inne problemy.

3. Reformator chirurgii

Zacznijmy od tego: **Ambroży Paré** (1510–1590) – bo o nim mowa – nie był lekarzem. Nie miał wykształcenia, a brak znajomości łaciny uniemożliwiał mu dotarcie do wiedzy medycznej. Dlatego został chirurgiem. Jak się miało okazać – genialnym chirurgiem. Paré zdobył kwalifikacje w paryskim cechu chirurgów św. Kosmy. Jako młody chirurg, bez większych szans na utrzymanie się w Paryżu, wyruszył z wojskiem.

Wojsko angażowało chirurgów cywilnych i to właśnie najuboższych, trzeciorzędnych. Pierwszorzędni pilnowali swych interesów na miejscu. Młodzi mogli się popisać w wojsku,

zwłaszcza na pobojowiskach. Jak wyglądało pobojowisko w oczach chirurga, jakiej pomocy oczekiwano i jakiej udzielano opisuje Rafał J. Czerwiakowski. Najpierw słowo o chirurgach:

> „Już tam rzęsiste strzelb pioruny ustały, już mgły dymów ćmiące widok rzezi rozeszły się, a wyjaśnione powietrze, widzieć dozwala na miejscach gęstych szeregów, tu i ówdzie trupy przywalające konających i nie dobitych; oderwane ręce i nogi leżą poszarpane przed oczyma tych, których były częściami; jednych głuche jęki, drugich przerażające wrzaski, innych smutne stękania i prośby o dobicie, wskroś przenikając trętwią czułego widza. Alić przybiegają zewsząd pocieszyciele ludzkości chirurdzy, a obejrzawszy się na wszystkie strony, aby rozeznać przy życiu pozostałych, rzucają się spieszno do wydobycia ich spod stosów plac bitwy zapełniających. Żadnej oni tam nie czynią różnicy pomiędzy współobywatelem a nieprzyjacielem, między możniejszym a ubogim, wszystkich ratują, bo wszyscy są ludzie i wszyscy cierpią, a oni bolejącej ludzkości służyć poświęcili się”[9].

A co ma tu chirurg do zdziałania?

> „Tu czas i obszerne ma pole chirurg pokazać użytek swej nauki, prędkie a przyzwoite jej przystosowanie, czułość swojego serca, przytomność umysłu i sprawność ręki, gdy mu przychodzi jednym krew upływającą zastanawiać, drugim dobywać z głębokich ran żelaza i ołowiu, innym składać pogruchotane kości, zszywać krwawymi szwy poszarpane żyjącego jeszcze ciała części, otwierać z gwałtowności wylewu humorów powstałe wzdęcia ciała, przeszkadzać puszczadłem śmiertelnemu krwi burzeniu i posilającymi ożywiać lekarstwy na pół już znikłe siły niedobitków i tym sposobem wracać dobrych obywateli ojczyźnie”[10].

I w takich to okolicznościach Paré zabłysnął niezwykłym talentem. Wystarczyło, by dopadł jeszcze żywego rannego, a wyprowadzał go z najcięższej sytuacji – tak z czasem o nim mówiono. Trzeba sobie uświadomić rozległość ówczesnych ran. Dziś przyzwyczajeni jesteśmy do ran powierzchownych, gojących

się pod byle jakim opatrunkiem, co najwyżej wymagających założenia doraźnie kilku szwów. Ale rozległość i głębokość dawnych ran zadawanych różnorodną bronią: sieczną, kłującą, miażdżącą, powodowała dużo większe i dużo głębsze uszkodzenia tkanek i narządów, a zarazem stwarzała nieporównywalnie większe pole do manewru i popisu chirurga. Dziś wymagałyby one interwencji z wejściem w obręb klatki piersiowej czy jamy brzusznej, co naówczas przecież nie było możliwe.

Wreszcie rany postrzałowe, które pojawiły się z rozwojem broni palnej. Paré skrzętnie notował obserwacje, a w 1545 roku wydał książkę: *Metoda leczenia ran zadanych przez arkebuzy i inną broń palną*. Później napisał po francusku jeszcze wiele podręczników. Wybrał ten język nie tylko dlatego, że nie znał łaciny, ale by zawarte w nich rady mogły służyć chirurgom niższego rzędu, również pozbawionym znajomości łaciny, czyli pisał z myślą o człowieku potrzebującym pomocy. Czasem w medycynie o tym się zapomina.

Wybitnym osiągnięciem Parégo stało się odkrycie, zresztą przez przypadek, nowego sposobu leczenia ran. Rany miażdżone, rany powstałe przy złamaniach otwartych, w wyniku pchnięcia szpadą czy rapierem, zadane grotem strzały i rany postrzałowe zalewano wrzącym olejem. Wywoływało to zapalenie, obrzęk, ogromną bolesność i wreszcie długotrwałe ropienie. I o to chodziło. Ropienie wręcz prowokowano, bowiem ropa była czymś dobrym i chwalebnym (*pus bonum et laudabile*), z nią organizm pozbywał się niekorzystnych substancji i powracał do stanu eukrazji, czyli do zdrowia. Rany postrzałowe wówczas zadawane były kulą, która miażdżyła tkanki miękkie i twarde, co prowadziło do rozległych

zmian nekrotycznych i utrudniało gojenie. Wprowadzone później pociski uznano wręcz za „humanitarne", nie powodowały bowiem tak rozległego zniszczenia tkanek.

Paré przeprowadził swoje obserwacje w 1537 roku. Po bitwie wszedł na plac boju z narzędziami i kociołkiem oleju. Tego dnia zapotrzebowanie było większe, niż się spodziewano. Zabrakło oleju. Paré przeżył niespokojną noc. Co będzie? Tego, co się stało, nie mógł przewidzieć: otóż niezaopatrzone wrzącym olejem rany goiły się nieporównywalnie lepiej. To było wspaniałe odkrycie. Ogłosił swe spostrzeżenie dopiero w 1545 roku. Wtedy nie śpieszono się, nie walczono o priorytet

To był pierwszy z wielu kolejnych sukcesów lekarza, które zreformowały chirurgię i przyniosły mu miano „ojca nowoczesnej chirurgii". Do bardzo istotnych osiągnięć należy odkrycie „na nowo" stosowania ligatury przy podwiązywaniu dużych tętnic po amputacjach. Umiejętność ta znana była starożytności, ale później o niej zapomniano. Paré sam wpadł na pomysł chwytania kleszczami grubych tętnic, by następnie zakładać podwójną pętlę. Zastosował ją po raz pierwszy u pewnego wybitnego człowieka w czasie działań wojennych z dobrym skutkiem: ranny przeżył. Z umiejętnością opanowywania krwotoków drugi z bardzo istotnych czynników stojących na przeszkodzie rozwoju chirurgii został usunięty.

Paré był pomysłodawcą wielu urządzeń umożliwiających przywrócenie inwalidom sprawności. Wymyślił m.in. sztuczne kończyny.

W karierze zawodowej doszedł wysoko, był bowiem lekarzem kolejno czterech królów francuskich. Poza sprawnością

chirurgiczną odznaczał się wyjątkowym wyczuciem wartości etycznych. Kiedy leczył Karola IX, ten stwierdził, że spodziewa się być lepiej leczony niż ubodzy, szpitalni pacjenci Parégo. Lekarz bez wahania odpowiedział: „Ich leczę po królewsku!".

Był hugenotą. W noc św. Bartłomieja król uratował mu życie. Paré przypomniał wtedy królowi jego obietnice, że nie będzie zmuszany do powrotu do łona matki, uczestnictwa w bitwach, opuszczenia służby królewskiej i... chodzenia na mszę.

4. Dalszy wzrost pozycji chirurgów

Od czasów Parégo zaczyna się wyraźny wzrost pozycji chirurgów, wynikający ze skuteczności ich działania. Sukces francuskiego chirurga Felixa, który zoperował przetokę odbytniczą u Ludwika XIV, stał się sukcesem chirurgów w ogóle. Zwrócono uwagę na skuteczność ich zabiegów, ale przy tej okazji także na zróżnicowanie w przygotowaniu zawodowym. Aby podnieść ich kwalifikacje, z zalecenia Ludwika XIV, w Kolegium św. Kosmy (Collège St. Cosme) wprowadzono stanowiska instruktorów chirurgii. Wydział Lekarski nie posiadał się z oburzenia. W niecałe 10 lat później powstała Academie de Chirurgie (1731). Jej ukończenie było gwarantem zdobycia kwalifikacji najwyższej rangi. Kwalifikowani mistrzowie chirurgicznego rzemiosła przestali tolerować praktykowanie lecznictwa przez cyrulików-balwierzy. Zabroniono im wykonywania zabiegów chirurgicznych.

W 1750 roku powstała École Practique. Związany z nią Pierre J. Desault zostanie chirurgiem pierwszej klasy w Hôtel Dieu (1768) i zacznie wtedy wydawać pismo „Journal de Chirurgie".

Chirurgia jest coraz bliżej medycyny, ale medycyną jeszcze nie jest. Stanie się nią, przynajmniej oficjalnie, w dwa lata po wybuchu Wielkiej Rewolucji Francuskiej. W 1792 roku doszło do likwidacji zarówno uniwersytetu, jak i utworzonej w 1776 r. królewskiej akademii chirurgii, a w 1794 r. powstała w Paryżu (ale też w Strasburgu i Montpellier) nowa uczelnia: École de Santé. Jej dyplomanci nie otrzymują tytułu *doctor medicinae*, lecz *officier de santé*. Ale, co dla nas najważniejsze, w nowej szkole doszło do integracji medycyny z chirurgią.

To, co stało się oficjalnie z mocy urzędowej, długo jeszcze będzie musiało dojrzewać w świadomości świata lekarskiego. Czy chirurgia jest medycyną?

Znaczenie chirurgii dla medycyny uzasadniał w tym czasie R.J. Czerwiakowski, pisząc:

> „Potrzeba i szlachetność Chirurgii, nie tylko dowodzi się w codziennych w życiu ludzkim przygód, w których ona tak oczywisty i skuteczny daje ratunek; nie tylko stąd, że po wojnie przywraca uzdrowionych krajowi swojemu obrońców; nie tylko, że służy rodzajowi ludzkiemu w tak ważnej, jakie jest przyjście na świat, okoliczności; ale jeszcze nie małe względem samej medycyny przynosi użytki.
>
> Chirurgia ucząc wiadomości chorób zewnętrznych, toruje lekarzowi drogę do łatwiejszego rozpoznawania wewnętrznych, a także za przewodnictwem pilnej rozwagi uszkodzeń podpadających pod zmysły, może częstokroć z większą pewnością dochodzić tych, które się w najskrytszych człowieka tają wnętrznościach. Małoż się bowiem takich należących do lekarza znajduje chorób, które niczym innym nie różnią się

od chirurgicznych, jak tylko, że tamte części wewnątrz ukryte, chirurgiczne zaś powierzchowne części ciała napastują”[11].

Niedługo potem, choć już w następnym wieku, J.F. Niszkowski w artykule „O związku chirurgii z medycyną” uzasadniał: „Medycyna i chirurgia tylko co do nazwiska różniące się, są nauki i nie powinny i nie mogą być rozłączone”[12]. Chirurg August Bécu w kilka lat później, na łamach tego samego „Dziennika Wileńskiego”, podejmuje temat łączenia medycyny z chirurgią, by zapytać: „Czyli można być razem doskonałym medykiem i doskonałym chirurgiem?”[13]. Odpowiada negatywnie. A czyjeś twierdzenie, że „może i powinien być medyk i chirurg w jednej osobie” uważa za gołosłowne, zwłaszcza że poparte jest ono tylko słabym argumentem, iż „byłoby wstydem w dzisiejszym wieku oświecenia, chcieć jeszcze różnić chirurgię od medycyny, a chirurga od medyka”.

To twierdzenie spotkało się z gwałtowną ripostą napisaną przez M. Barankiewicza, w tym samym jeszcze roku, na łamach „Pamiętnika Warszawskiego”[14]. Zdecydowanie wypowiedział się on za potrzebą zdobycia pełnego wykształcenia przez lekarza w medycynie i chirurgii, co poparł przykładami z życia.

Chirurgia zdobyła zbyt świeżo równouprawnienie z naukami lekarskim, aby reakcja mogła być inna. Chirurgia weszła do programu zajęć uniwersyteckich, gdzie od dawna było jej miejsce, ale Bécu spoglądał daleko bardziej w przyszłość i zdawał sobie sprawę, że w miarę rozwoju medycyny – a rozwój ten wyraźnie przybierał na sile – nie będzie możliwe, aby każdy lekarz mógł opanować wszechstronnie całość materiału w obu dziedzinach, by go potem praktycznie stosować.

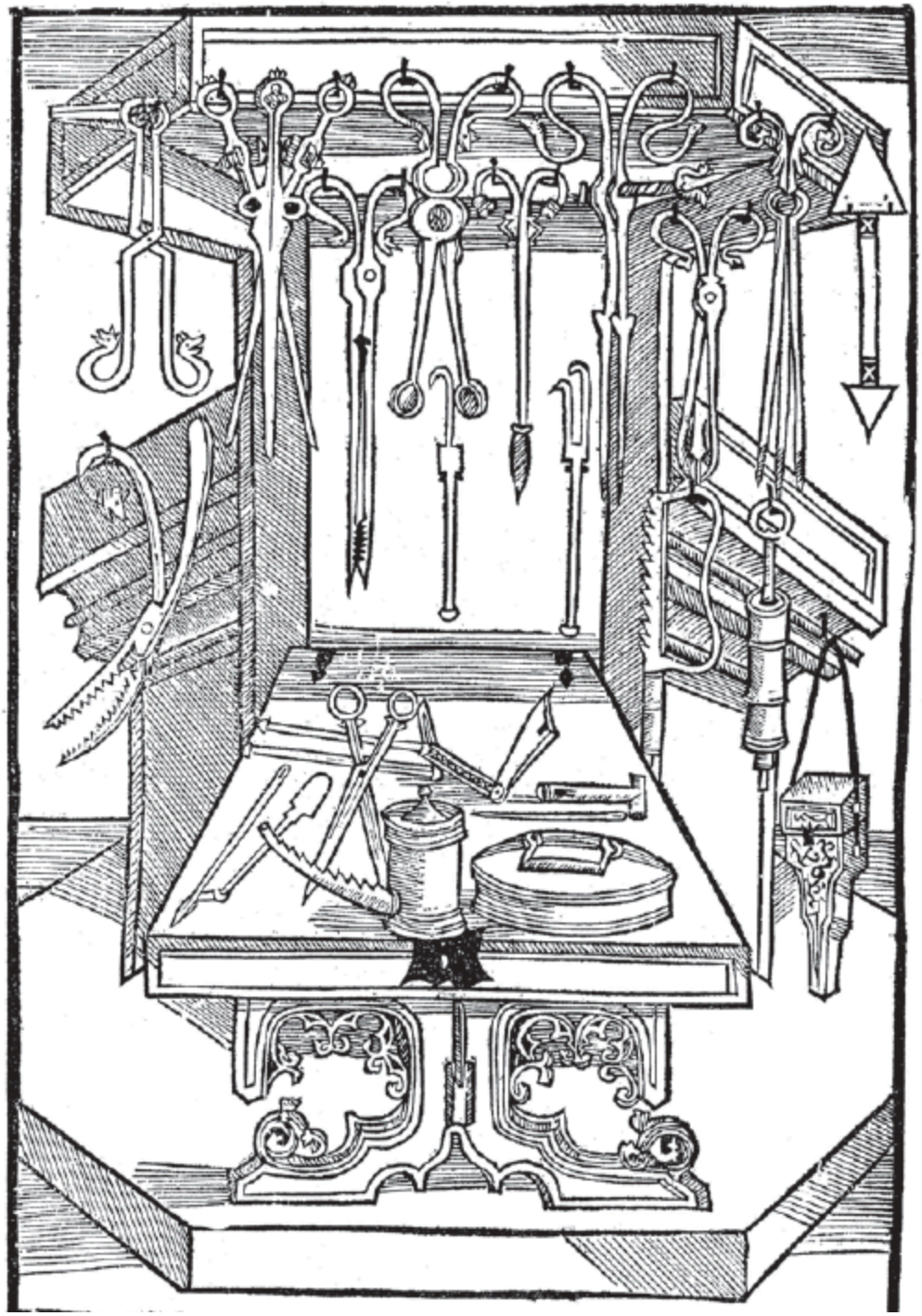
W pierwszej połowie XIX wieku uniwersytety dokształcały jeszcze chirurgów niższego rzędu, ale kształcą już też doktorów chirurgii. Absolwenci Wydziałów Lekarskich uzyskują osobno doktorat z medycyny, a osobno z chirurgii. Ślady tego podziału widać jeszcze w dyplomach lekarskich niektórych zachodnich uniwersytetów. Krakowscy doktoranci w tym czasie na ogół uzyskują dyplom z medycyny i chirurgii łącznie, ale niektórzy wybierają już tylko jedną dziedzinę, świadomie ograniczając się w przyszłości do działania na jednym tylko polu. W drugiej połowie wieku stanie się to regułą.

A co z balwierzami? Balwierze-golibrody stali się z czasem fryzjerami. Mało kto dzisiaj zwraca uwagę na szyldy zakładów fryzjerskich, które zresztą coraz rzadziej się pojawiają. Czymże jest ów mosiężny krążek, jeśli nie reliktem miedzianej misy, którą dawniej tak samo wieszano u wejścia do balwierni. A była ona pomocna nie tylko przy goleniu klienta, ale też podstawiano ją przy puszczaniu krwi. Gdy zabieg ten przestał być domeną balwierzy, ograniczyli się oni do jego złagodzonej formy, tj. do stawiania pijawek. Dlatego nikogo nie dziwiło, że jeszcze po II wojnie światowej w oknie wystawowym zakładów fryzjerskich widniał napis: „Świeże pijawki”.

Stało się to nawet przyczyną niebezpiecznego nieporozumienia, gdy po 1945 roku w pewnej miejscowości polecono fryzjerowi umieścić na wystawie portrety nowych przywódców, co ten oczywiście zrobił. Byłaby to rzecz politycznie pozytywna, a nawet chwalebna, gdyby ów nie zapomniał zdjąć tegoż właśnie napisu, który tam był od lat: „Świeże pijawki”...

5. A co z medycyną i doktorami?

W medycynie działo się dużo i to pozytywnie. Ale to, co historia medycyny odnotowuje jako chwalebne osiągnięcia nauki, nie przekłada się zaraz na działanie praktyczne. Tak się dzieje w nauce prawie zawsze. Mało które odkrycie znajduje od razu zastosowanie w życiu codziennym. Tym bardziej w medycynie, gdzie działanie lekarskie wiąże się z odpowiedzialnością. Porzucić starą, wypróbowaną metodę na rzecz nieznanej, nowej, nie jest łatwo i dziś. Tym bardziej było to trudne wówczas, gdy trzeba było oderwać się od starożytnych autorytetów uznawanych przez wieki. To trzeba zrozumieć. Jeśli logika Arystotelesa sprawdza się na co dzień, podobnie jak prawo Archimedesa; jeśli nadal można z pożytkiem korzystać z geometrii Euklidesa, a twierdzenie Pitagorasa jest i dziś aktualne, jeśli prawo rzymskie przez wieki było niedościgłym wzorem, to dlaczego mądrość starożytnych lekarzy nie miałaby mieć tego samego waloru i znaczenia? Jednak powoli przekonywano się, że obserwacja jest ważniejsza od dogmatycznych twierdzeń, ale wymagało to długiego procesu.



Armamentorium – arsenał ówczesnego chirurga
(z dzieła Paracelsusa, **Der grossen Wundartzney,** Augsburg 1536)

Ze wzrostem autorytetu chirurgów malał autorytet lekarzy, bo też coraz mniej ich leczenie było skuteczne. Stawali się

przedmiotem żartów. Celował w tym Molier. W komedii *Chory z urojenia* Argan, chory z urojenia, zmienił leczenie zalecone przez lekarza. Dr Czyściel nie posiada się z oburzenia: „To mi nie lada śmiałość, w istocie, szczególne nieposłuszeństwo chorego wobec lekarza!", „Niesłychany zamach przeciwko umiejętności medycyny!". A wreszcie:

> „– Oświadczam, że zostawiam pana pańskiej złej kondycji, opornym wnętrznościom, zepsutej krwi, przyostrej żółci i gnuśnym humorom.
>
> – Wielki Boże!
>
> – I pragnę, abyś w ciągu czterech dni przeszedł w stan nieuleczalny!
>
> – Och! Litości!
>
> – Abyś popadł w bradypepsję.
>
> – Panie doktorze!
>
> – Z bradypepsji w dyspepsję.
>
> – Panie doktorze!
>
> – Z dyspepsji w apepsję.
>
> – Panie doktorze!
>
> – Z apepsji w lienterię.
>
> – Panie doktorze!
>
> – Z lienterii w dysenterię.
>
> – Panie doktorze!
>
> – Z dysenterii w puchlinę wodną!
>
> – Panie doktorze!
>
> – A z puchliny wodnej w utratę życia, której przyczyną będzie pańskie szaleństwo"[15].

Przypisy

[1] A. Majewski, *Lekarz też człowiek*, Wydawnictwo Morskie, Gdańsk 1980, s. 32.

[2] W.A. Nolen, *Jak zostałem chirurgiem*, tłum. W. Rudowski, PZWL, Warszawa 1976, s. 190.

[3] A. Majewski, *Lekarz*..., s. 33.

[4] J. Piątkowski, *Wspomnienia ginekologa i chirurga*, [w:] *Chirurgia w okupowanym Krakowie. Wspomnienia*, red. Z. Gajda, A. Wysocki, Kraków 1993.

[5] R.J. Czerwiakowski, *Dyssertacya o szlachetności, potrzebie i użytku chirurgii*, Kraków 1791, s. 18.

[6] L. Bierkowski, *Wstęp do anatomii ciała ludzkiego dla uczniów poświęcających się umiejętności lekarskiej*, Kraków 1850.

[7] Tamże, s. 16.

[8] S. Łempicki, *Jan Zamoyski protektor medycyny i medyków*, Altenberg, Lwów 1921, s. 13, 37.

[9] R.J. Czerwiakowski, *Dyssertacya o szlachetności*..., s. 20.

[10] Tamże, s. 21.

[11] Tamże, s. 32.

[12] J.F. Niszkowski, *O związku chirurgii z medycyną i o zdatności potrzebnej poświęcającemu się na chirurga*, „Dziennik Wileński" 1815, t. I, s. 559.

[13] A. Bécu, *O łączeniu medycyny z chirurgią*, „Dziennik Wileński" 1817, t. VI, s. 43.

[14] M. Barankiewicz, *Nauka lekarska*, „Pamiętnik Warszawski" 1817, t. IX, s. 294.

[15] Molier, *Chory z urojenia*, akt III, scena 6, tłum. T. Boy-Żeleński, [w:] Molier, *Dzieła*, t. III, PIW, Warszawa 1988, s. 903.

XIX. Początki aseptyki i antyseptyki

Wybitny francuski chirurg G. Dupuytren (1777–1835) nie bez powodu odnosił się krytycznie do chirurgii swoich czasów, choć sam się do jej postępów znacznie przyczynił: „Cóż z tego – mawiał – że wykonujemy wspaniałe operacje, skoro nie wychodzą one ludziom na zdrowie".

Ludzie umierali bowiem nie w wyniku samego zabiegu, lecz na skutek zakażeń, które wikłały najbardziej udane operacje i prowadziły w kilka dni potem do śmierci. Chirurgia nie mogła poradzić sobie z ropieniem i gorączką. Pół biedy, jeśli to była owa ropa dobra i chwalebna (*pus bonum et laudabile*), gorzej jeśli przyplątała się zgorzel szpitalna. Wtedy przed zgonem ratowała chorego wysoka amputacja, o ile zdążono ją na czas wykonać. Wszystkie, prawie wszystkie złamania otwarte tak się kończyły. Chirurgia stała przed kolejnym, bardzo istotnym problemem hamującym jej rozwój. Sprawa była trudna i pozornie nie do rozwiązania, bo nie znano przyczyny. Nasi studenci powiedzieliby

krótko: nie wierzyli w bakterie. I zapewne mieliby rację, z tą poprawką, że o bakteriach nic jeszcze nie wiedziano.

Rodzaje broni i możliwości zadawanych przez nią ran
(z dzieła Paracelsusa, **Der grossen Wundartzney**, Augsburg 1536)

Krakowski profesor historii medycyny, medycyny sądowej i policji lekarskiej Fryderyk Hechel, człowiek w świecie bywały, poliglota, znalazł się w 1848 roku w Marienbadzie na kuracji. Tam zetknął się z doktorem Heidlerem, zasiedziałym od lat lekarzem zdrojowym, który przedłożył mu drukującą się właśnie rozprawę pt. *Die epidemische Cholera* (Praga 1848), z prośbą o krytyczne uwagi. Rozpraw takich powstawało sporo, ale ta miała większe ambicje, bowiem w zamyśle autora była „nową próbą w odniesieniu do przyczyn, natury i leczenia, a także środków ochronnych i jej unikania". Ta nowość polegała na tym, że być może, jak sądził autor, niezależnie od widzialnego świata roślin i zwierząt istnieją twory daleko mniejsze, których oko ludzkie nie jest w stanie dostrzec, a nauka udowodnić ich istnienia, a które – co dla medycyny bardzo istotne – mogą być przyczyną cholery. Miała ona powstawać „z robaczków niewidomych, w powietrzu latających i kanał pokarmowy przed innymi jamami ciała atakujących". Hechel, którego autor prosił o wyrażenie zdania, poddał hipotezę bezwzględnej krytyce. Aby złagodzić ostrze swej dezaprobaty, napisał ocenę po łacinie, na co go było stać. W swoich pamiętnikach wypowiedział się jednak bez ogródek:

> „Zdaje mi się, iż autor sam cholery nie widział; rozumowania są bardzo płytkie, bardziej na teorii za stolikiem wynalezionej, aniżeli na postrzeżeniach i doświadczeniach oparte. Nie wchodzę tu w szczegóły tego dzieła, rozbieranie którego za wiele by mi czasu i pracy bezkorzystnej, osobliwie w dzisiejszym moim stanie zdrowia zajęły, to tylko powiem, iż dzisiejszemu stanowisku nauk lekarskich bynajmniej nie odpowiada i jest słabym utworem prowincjonalnego, zimą nic do czynienia nie mającego, a z nudów płytkimi pomysłami trudniącego się lekarza. *Satis superque*"[1].

Podobnego zdania byli inni lekarze i uczeni ówczesnego świata lekarskiego. Gdyby jednak Hechel podjął ten wątek naukowy i rozwinął go po powrocie do Krakowa, to być może Kraków stałby się kolebką nauki, którą później nazwano bakteriologią. Ale tak być nie mogło, bo po prostu było na to za wcześnie. Świat na to nie był jeszcze przygotowany. Znacznie później, gdy Robert Koch odkryje przecinkowca cholery, też mu nie uwierzą, choć wtedy, dzięki mikroskopowi, uczony będzie mógł odkryte przez siebie bakterie przedstawić *ad oculos*.

1. Mikroskop

Galileusz, którego nazwisko wiążemy z odkryciem teleskopu, również odkrył powiększające okulary, *occhiolino*, które umożliwiały mu opis budowy owadów. Jeden taki egzemplarz miał przysłać królowi Zygmuntowi III w 1612 roku. Sama nazwa mikroskopu, jako przeciwieństwo do teleskopu, pochodzi od Jana Fabera z Bambergu (1624). Przykładów obserwacji przyrodniczych wykorzystujących ówczesne dość prymitywne typy urządzeń powiększających można wyliczyć wiele.

Wyraźnym krokiem naprzód była konstrukcja mikroskopu dokonana przez Holendra Antoniego van Leeuwenhoeka (1632–1723), kupca z zawodu. Odegrał on znakomitą rolę w rozwoju nauki dzięki swej pasji. Nauczył się szlifować soczewki; jedną z nich wprawił w metalową płytkę, równolegle do niej przymocował

kawałek nagwintowanego pręta o ostrym końcu. Na nim umieszczał swoje preparaty i w jakiś sposób podświetlał. Całość była niewiele większa od pudełka zapałek. Ale dzięki temu – i to jest istotne – otworzył się przed nim świat dotąd nikomu nieznany, zarówno z przyrody martwej, jak i ożywionej. Widział – pewnie jako pierwszy – czerwone ciałka krwi, prążkowaną budowę mięśni, plemniki, budowę siatkówki. Dobrze, że nie chował tego wszystkiego dla siebie, lecz – w formie listów – wysyłał do Królewskiego Towarzystwa w Londynie, które zainteresowało się jego badaniami, a w roku 1673 wydało je drukiem. Podobno widział czasem coś czego nie było, a resztę dorabiała opinia publiczna, która badaniami tymi się interesowała. Ale odkrycie plemników, a potem jajeczka, otwarło drogę do wieloletnich dyskusji: czy życie zwierzęce bierze swój początek w jaju (owuliści), czy w plemniku (animakuliści). Odkrycie morfologicznej budowy krwi – z czego nie od razu zdawano sobie sprawę – kładło kres humoralnemu jej znaczeniu i było pierwszym krokiem ku nowoczesnej hematologii.

Znanemu dziś mikroskopowi nadał postać Rober Hooke (1635–1703). Nauka wiele mu zawdzięcza, podobnie jak my wszyscy, na co dzień korzystający z termometru, którego punkt 0 (temperatura topniejącego lodu) on ustalił. Jego mikroskop miał już tubus, ściślej dwa, z których jeden wchodził w drugi. Wyniki swych badań opublikował w 1665 roku. Zwłaszcza obserwacja powierzchni korka pozostawiła trwały ślad w nauce, bowiem oglądane przez siebie puste przestrzenie nazwał „komórkami", a ta nazwa przyjęła się na stałe.

Do pionierów mikroskopii należałoby dodać też Jana Swammerdama (1637–1680) – anatoma, odkrywcę zastawek

w naczyniach limfatycznych i znakomitego preparatora, ale również obserwatora świata widzianego uzbrojonym okiem.

Trudno nie wspomnieć raz jeszcze Marcellego Malpighiego (1628–1694). Odkryte przez niego w płucach żaby włośniczki – *cappillare* (wiedzę o nich opublikowano następnie w dziele *De pulmonibus*, Bologna 1691) dały ostateczny dowód na istnienie zamkniętego krążenia, a liczne inne badania mikroskopowe struktury narządów zwierząt i ludzi, zwłaszcza w okresie embrionalnym, przyniosły mu sławę najwybitniejszego badacza natury XVII stulecia.

Ale to wszystko były osiągnięcia w zakresie nauk teoretycznych i nie miały znaczenia dla medycyny praktycznej. Cóż z tego, że Lazzaro Spallanzani (1729–1799) udowodnił już w 1765 roku, że nie ma samorództwa, skoro nauka oficjalna długo jeszcze tego nie przyjęła do wiadomości.

W 1847 roku gościł w Krakowie, jako oficjalny przedstawiciel rządu wiedeńskiego, prof. Stefan W. Endlicher (1805–1849), wybitny botanik, który godnie zapisał się zarówno w dziejach nauki, jak i w dziejach krakowskiej uczelni. Zaproszony do grona lekarzy ówczesnego Towarzystwa Naukowego, cierpliwie wysłuchał referatu prof. Józefa Majera przeciw samorództwu, po czym płynną łaciną (ach, jakże była pomocna!) dał dowody swojej erudycji, zarazem udowadniając na przykładach istnienie żywych tworów powstałych „bez poprzedniego zapłodnienia i bez złożonych uprzednio jaj".

Droga do odkrycia bakterii, zwłaszcza chorobotwórczych, była jeszcze daleka. Zachęcam Czytelnika do prześledzenia jej wraz z Pawłem de Kruif, autorem książki *Łowcy mikrobów*, rzetelnie

przygotowanym do jej napisania, a nadto władającym znakomitym piórem. Obowiązkowa lektura dla każdego lekarza!

Ale wróćmy do chirurgii.

2. Chirurgia przed aseptyką

Dzisiejszego czytelnika, choćby dalekiego od spraw medycznych, musi szokować postępowanie ówczesnych chirurgów. Do opatrywania ran używano szarpi, czyli skubanki, pochodzącej ze starego, brudnego płótna uratowanego przed wyrzuceniem go na śmietnik. W czasie rewolucji lub innych działań wojennych zwracano się do społeczeństwa, zwłaszcza do kobiet, o przygotowanie dostatecznej ilości materiału na potrzeby chirurgów. Prof. Ludwik Bierkowski w Krakowie, który jako pierwszy zastosował do opatrywania ran wysterylizowaną w słońcu południa, czystą bawełnę, nie wiedział, do czego odnieść jej chwalebny skutek w przyspieszeniu gojenia ran. Ropienie, które znacznie wydłużało pobyt w szpitalu, w tym przypadku było wyraźnie ograniczone.

Szokować musi również zachowanie się chirurgów, myjących ręce po operacji, używających tych samych narzędzi do kolejnych zabiegów, zakładających fartuchy kuchenne, które im bardziej były poplamione, tym lepiej świadczyły o doświadczeniu chirurga. R.T. Morris pisze o doktorze Bryant, którego obserwował w początkach swojej kariery:

> „Za mojej pamięci trzymał, niczym rozbójnik morski, nóż pomiędzy zębami, podczas nakładania gumowej peloty paskiem uciskowym, a potem szybko pociągał kilkakrotnie nożem o skórzany obcas swojego buta, aby wyostrzyć brzeg noża przed amputacją nogi”[2].

Niech Czytelnik pozwoli na małą dygresję. Wspomnienia Morrisa zostały po polsku opublikowane w 1936 roku, kiedy Morris jeszcze żył, a autor niniejszych refleksji był już na świecie. To spotkanie na styku dwóch generacji uświadamia, jak ogromny postęp zrobiła chirurgia w tak niedługim czasie.

Ponieważ nie było potrzeby większego oprzyrządowania, chirurdzy śmiało mogli operować zamożniejszych obywateli w ich własnych domach. Zjawiali się z torbą potrzebnych narzędzi, kładli chorego na stole, rodzina towarzyszyła, udzielając chirurgowi porad, dodatkowo wynagradzała za poplamiony surdut, bo założenie fartucha uważano za wielkie *faux pas*. To z takich czasów zachowała się anegdota o prof. Ludwiku Rydygierze, który zakończywszy w prywatnym domu późno w nocy zabieg, do sutego honorarium, jakie otrzymał, zażądał – ku zdziwieniu rodziny – kilku halerzy: „To na stróża!”.

Rozwiązanie problemu zakażeń miało przyjść na innej zupełnie drodze, niż to sobie wyobrażano. Zrodziło się z obserwacji i lekarskiego myślenia. Medycyna wiele zawdzięcza naukom przyrodniczym (botanika, chemia, fizyka) i rozwiązaniom technicznym, ale one nie stanowią medycyny. Problemy, jakie medycyna stawia sama sobie i innym naukom, biorą się z kontaktu lekarza z chorym. Chory jest inspiracją wszelkich poczynań, których rozwiązanie może być odległe od samej medycyny.

3. Semmelweis i jego rola w powstaniu aseptyki

Węgier z dziada pradziada, **Ignacy Semmelweis** (1818–1865), po ukończeniu studiów w Wiedniu został asystentem w klinice położniczej (1844). Tu na co dzień stykał się z osobliwą chorobą występującą u położnic: stan zapalny narządu rodnego, przebiegający z wysoką gorączką, kończący się, prawie bez wyjątku, zejściem śmiertelnym. Nazywano to „gorączką połogową". Przyczyny były zupełnie nieznane. Klinika, w której pracował Semmelweis, miała od pewnego czasu dwa oddziały. Po kilkulatach obserwacji zauważył, że na pierwszym oddziale śmiertelność wynosiła 9,9%, na drugim zaś tylko 3,4% rocznie. Bywało jednak, że na pierwszym wrastała nawet do 16%, a na drugim spadała do 2%. Zaczął śledzić różnice. Warunki zewnętrzne były niemal takie same, z tą wszakże różnicą, że położnice na pierwszym oddziale odwiedzali studenci odbywający praktyki, a na drugim nie. Później zauważył, że przychodzą oni bezpośrednio z prosektorium. To, że nie myją rąk przed badaniem, w tamtejszych czasach nie rzucało się w oczy. Wstrząsem była dla Semmelweisa śmierć prof. J. Kolletschki (1847) w wyniku zakażenia w czasie sekcji. Przebieg choroby był identyczny jak w gorączce połogowej. Zatem, rozumował, nie jest to choroba wyłącznie kobiet. Nasunęła mu się przy tym myśl, że przyczyną są jakieś „cząsteczki zwłok" (nie umiał tego nazwać inaczej), przenoszone na rękach osób sekcjonujących. Wprowadził nakaz mycia rąk przed badaniem

i przed odbieraniem porodów. Nie poprzestawał na samym myciu, lecz nakazał mycie w wapnie chlorowanym. Uzyskane wyniki były przekonujące, acz nie dla wszystkich. W świecie lekarskim uznania nie znalazł. Jednak fakt, że lekarz jest przyczyną choroby kończącej się śmiercią i że można jej uniknąć tak prostym sposobem, nie dawał mu spokoju. Powołany na kierownika kliniki położniczej w Budapeszcie, dał przykład całemu światu lekarskiemu, wprowadzając swoje zasady w życie. Na próżno. Stąd się wzięła depresja, zakończona śmiercią – co za paradoks – wskutek zakażenia.

Świat pełen jest uzdrowicieli, którzy albo szukają sławy, albo pieniędzy. I nad tym zjawiskiem trzeba czuwać. Ale istnieją też pewne doświadczenia empiryczne, których nie należy lekceważyć, lecz je badać.

4. Znaczenie Ludwika Pasteura

To, z czym nie mógł uporać się Semmelweis, tzn. z naukowym uzasadnieniem swych obserwacji, w niedługi czas potem stało się jasne. Ale droga nie była łatwa. Wśród „łowców mikrobów" naczelne i pierwsze miejsce bezwzględnie należy się Ludwikowi Pasteurowi (1822–1895). Chemik, fizyk, wreszcie przyrodnik, z czasem mikrobiolog, a zatem nie lekarz, nie czerpał inspiracji do swych badań przy łóżku chorego, ale odwrotnie, to medycyna na jego badaniach przyrodniczych ogromnie zyskała. Jego pierwsze

badania nad strukturą kwasu winnego miały czysto teoretyczne znaczenie (dały wszakże początek stereochemii) i zdawało się, że Pasteur poświęci się zagadnieniom teoretycznym. Powołany do Lille, jako dziekan, wygłosił mowę inauguracyjną, w której bronił wartości nauk teoretycznych, wobec powszechnego zapotrzebowania na rozwiązania czysto praktyczne. Ktoś, kto żył w drugiej połowie XX wieku w Polsce, pamięta, że wobec upadającej gospodarki socjalistycznej podobne argumenty wysuwano wobec agrobiologów i agrotechników. Zatem nic nowego pod słońcem. W swej mowie inauguracyjnej Pasteur powiedział też te słynne słowa: „Przypadek sprzyja tylko umysłom przygotowanym", które młodszemu pokoleniu nie dość powtarzać.

Rzecz osobliwa, właśnie w Lille Pasteur stanął wobec czysto praktycznego problemu: alkohol był wytwarzany z buraków cukrowych przez fermentację. Ta się raz udawała, innym razem – nie. Jaka jest tego przyczyna? Przede wszystkim: czego wynikiem jest fermentacja? Śledzenie procesu fermentacji doprowadziło go do odkrycia mikroorganizmów, które ją powodują, czyli drożdży. Odkrycie bakcyla kwasu mlekowego pozwoliło zrozumieć, na czym polega nieprawidłowy przebieg fermentacji. Stąd już niedaleka była droga do zrozumienia przyczyn gnicia, ropienia, chorób zakaźnych zwierząt i ludzi. Czy te mikrotwory to wynik, czy raczej przyczyna tych procesów – długo jeszcze powątpiewano. Ostatecznie argumenty Pasteura stały się przekonujące. We krwi kobiety zmarłej na gorączkę połogową znalazł przyczynę – streptokoki. Szkoda, że Semmelweis nie dożył naukowego potwierdzenia swych empirycznych obserwacji. Postępowanie

zapobiegające zakażeniu drobnoustrojami chorobotwórczymi nazwano aseptyką.

5. Antyseptyka

Twórcą antyseptyki był **Joseph Lister** (1827–1912), profesor chirurgii ogólnej uniwersytetu w Glasgow. Jego osiągnięcia (1867) oddziela od poczynań Semmelweisa niewielka liczba lat, ale mają one miejsce już w zupełnie innej epoce, a mianowicie po wystąpieniach Pasteura. Lister znał jego prace i pewnego dnia zdał sobie sprawę, że zły stan operowanych przez niego chorych, nie wynika ze „złego" powietrza, lecz z wszechobecności drobnoustrojów. To one były przyczyną gorączki i ropienia, które wydłużało o tygodnie, a nawet o miesiące proces zdrowienia chorego, wśród bólu i cierpienia. Teraz stało się zrozumiałe, dlaczego przy złamaniach zamkniętych nie ma komplikacji, a w złamaniach otwartych występuje zapalenie, ropienie, cuchnięcie i zgorzel, co prowadzi nieuchronnie do śmierci. Wyniki amputacji były równie niepewne. Jeśli drobnoustroje chorobotwórcze są w ranie, na skórze chorego, na rękach chirurgów, na narzędziach oraz w powietrzu, należy je zabijać, by nie dopuścić do zakażenia. To postępowanie nazwano antyseptyką.

Po kilku próbach Lister wybrał roztwór wodny fenolu, zwany kwasem karbolowym. W stężeniu 2,5% służył on do zmywania skóry chorego, rąk operatora i asystentów (uważano na przestrzeń

pod paznokciami). Karbol w stężeniu 5% używany był do narzędzi i materiału opatrunkowego. Ponadto dla zniszczenia bakterii znajdujących się w powietrzu rozpylano go wraz z parą wodną za pomocą odpowiedniego urządzenia zwanego sprayem. W tej mgle karbolowej operowano, a roztworem karbolowym nasączano materiał opatrunkowy. Takie same opatrunki kładziono też na rany powstałe przy złamaniach otwartych. Wyniki nie kazały długo na siebie czekać. Efekty w postaci skrócenia hospitalizacji i zmniejszenia zejść śmiertelnych były widoczne od razu. W 1869 roku Lister został powołany na uniwersytet w Edynburgu, a z czasem do Kolegium Królewskiego w Londynie; tu został prezydentem Towarzystwa Królewskiego i otrzymał tytuł barona. Zatem na brak zaszczytów nie mógł narzekać. Nie najlepiej było jednak z przyjęciem jego osiągnięć. W Niemczech było lepiej, ale znacznie gorzej we Francji. A w Ameryce? Listeryzm został wprowadzony w 1882 roku, ale chirurdzy amerykańscy, chociaż stosowali już zasady antyseptyki, robili to bez przekonania. „Większość amerykańskich chirurgów – pisze Morris – szydziła z rzeczy tak urojonej jak wpływ mikrobów, nie krępowano się też z wypowiadaniem swojego zdania o ludziach, których wyobraźnię mogli porwać ci maleńcy źli czarownicy".

To, co zrazu było absolutnym sukcesem, z czasem – jak się okazało – ujawniło swoje strony ujemne. Karbol niszczył, co prawda, białko drobnoustrojów, ale zarazem białko komórek i tkanek, co prowadziło do zgorzeli. Wprowadzony sublimat miał podobne działanie na tkanki: niszcząc bakterie, niszczył zarazem odporność tkanek; to utrudniało gojenie. Przy dużych dawkach dochodziło nawet do zatrucia drogą krwi. Przekonano się też, że

bakterie pochodzące z powietrza nie są aż tak szkodliwe, by trzeba było operować w mgle karbolowej. Antyseptyka w zasadzie została zredukowana do mycia pola operacyjnego spirytusem z jodyną i mycia rąk chirurga. Tu postępem było wprowadzenie przez Williama S. Halsteda (1852–1922) w Ameryce rękawiczek gumowych. Morris przekazuje nam, jak to zostało przyjęte: „Uważam za zbrodnię operowanie przepukliny bez osłonięcia rąk rękawiczkami, ale taką samą zbrodnią jest w moim pojęciu wkładanie ich przy wyciąganiu wyrostka, przyrośniętego o całe cztery cale w głąb". Potem daje pełne uzasadnienie dla wyższości operowania pod kontrolą dotyku, nie wzroku. Ale rękawiczki przyjęły się na stałe.

O ile antyseptyka, w tej pierwotnej formie, powoli została wycofana, o tyle zaznaczył się wzrost aseptyki, i to aseptyki cieplnej, zwłaszcza gdy w 1886 roku Ernst von Bergmann (1836–1907) w Berlinie wymyślił sterylizator parowy, a Louis-Felix Terrier (1837–1918) w Paryżu zastosował w 1889 roku autoklaw.

Rozwój myśli lekarskiej poszedł teraz w innym kierunku.

Przypisy

[1] F. Hechel, *Kraków i ziemia krakowska w okresie wiosny ludów*, opr. H. Barycz, Wrocław 1950, s. 195.

[2] R.T. Morris, *Pięćdziesiąt lat w życiu chirurga*, tłum. R. Centnerszwerowa, J. Przeworski, Warszawa 1936.

Świat odkryty pod mikroskopem był przedmiotem zainteresowania nie tylko świata uczonych, ale wzbudzał sensację wśród szerszego społeczeństwa. Sprzyjał temu rozwój prasy, która podawała, tak jak i dziś, wiadomości nie zawsze odpowiadające prawdzie, lecz za to sensacyjne. Oto kilka przykładów za ówczesną prasą.

„Gazeta Krakowska" 1844, nr 48, z dnia 28 lutego

Godzien ze wszech miar jest wspomnienia pokazywany tu od niejakiego czasu *mikroskop* p. Karola Forkmanna przy ul. Grodzkiej w domu W. Jagielskiego, powiększający przedmioty do 500.000 razy. Nic bardziej zajmującego i równie oko zabawić mogącego, jak widok zwyczajnych owadów np. muchy, pięćkrocśtotysięcy razy przez ten mikroskop powiększonej! Cóż to za potworna istota!... Największe zaś wrażenie czyni widok soli krystalicznej, w najmniejszym nawet kawałku zawierającej tysiączne szczegóły do widzenia. Gdy P. Forkmann kilka dni tylko jeszcze zabawić tu zamierza, kto więc dotąd nie był ciekawy przypatrzyć się tym obrazom przyrody, życzymy korzystać ze sposobności.

„Gazeta Krakowska" 1844, nr 50, z dnia 1 marca

Doniesienie prywatne. Podpisany ma honor donieść szanow. Publ. iż wystawiony w domu Wgo Jagielskiego *mikroskop* na żądanie wielu szanownych lubowników tylko do dnia 3 marca rb. okazywanym będzie. Osoby zatem, które jeszcze nie miały sposobności przypatrzeniu się temu nader zajmującemu widokowi raczą przybywać każdodziennie o godz. 7 wieczór punktualnie. Karol Forkmann.

„Gazeta Krakowska" 1845, nr 253, z dnia 5 listopada

Rozmaitości. Ważne odkrycie. Profesor jeden niemiecki ogłosił co następuje: rozpatrując krople krwi ludzkiej przez mikroskop wodo rodny powiększający 20 milionów razy, widać w niej wszystkie gatunki zwierząt, jakie tylko istnieją na ziemi lub jakie istniały od stworzenia świata. We krwi zdrowej osoby wszystkie te zwierzątka zostają w spokoju i zgodzie; we krwi zaś chorego wszystkie są

niespokojne i w nieustannej sobie walce. Podług zdania tegoż profesora człowiek zawiera w sobie pierwiastki świata. Dalej utrzymuje, że kiedy zdechłego kota rzuca się do kałuży i zostawia gniciu, kropla wody wzięta z tej kałuży przedstawi przez mikroskop wszystkie gatunki zwierząt należące do rzędu kotów.

Objawienie innego świata, niż ten widzialny gołym okiem, musiało być wstrząsem dla myślących ludzi tamtej epoki. Przeczucie rozwoju nauki, który teraz nastąpi w nieznanym, trudnym do przewidzenia kierunku, wobec niezmienności sztuki utrwalającej piękno, starał się uchwycić genialnym piórem Zbigniew Herbert. Sięgnijmy do jego tekstu pt. „List" z tomu *Martwa natura z wędzidłem* (Wrocław 1993, s. 163n.). Warto się nad tymi słowami zastanowić...

List [fragmenty]

Został odkryty przypadkowo w latach dwudziestych, dokładnie w roku 1924, u lejdejskiego antykwariusza. Trzy kartki kremowego papieru o wymiarach 11,5 x 17 centymetrów, noszące ślady wilgoci, ale pismo jest dobrze zachowane, drobne, wyraźne i najzupełniej czytelne. Nieznany sprawca wkleił list do wewnętrznej strony okładki starego, bardzo popularnego niegdyś romansu *Rycerz z Łabędziem*, wydanego przez amsterdamskiego księgarza Coola w roku 1651.

Większość badaczy (Isarlo, Gillet, Clarc, de Vries, Borrero, Goldschneider) wyraziła się sceptycznie o tym odkryciu, jedynie młody historyk i poeta z Utrechtu van der Velde (nawiasem

mówiąc, został w tajemniczych okolicznościach zasztyletowany niedaleko Scheveningen), bronił zaciekle i do końca autentyczności listu. Jego autorem – zdaniem młodego badacza – miał być nie kto inny, tylko Johannes Vermeer, zaś adresatem Antonie van Leeuwenhoek, przyrodnik, którego zasługi w dziedzinie udoskonalania mikroskopu są powszechnie znane. Obaj, uczony i artysta, urodzili się w tym samym roku, w tym samym dniu i całe życie spędzili w tym samym mieście. [...]

Oto list:

„Zdziwisz się zapewne, że piszę do Ciebie, a nie zaszedłem po prostu, jak się często zdarza, do Twojej pracowni przed zamknięciem zmroku. Myślę jednak, że nie mam odwagi, nie potrafię powiedzieć Tobie w oczy tego, co za chwilę przeczytasz.

Wolałbym nie pisać tego listu. Wahałem się długo, bo naprawdę nie chciałbym narażać naszej długiej przyjaźni na szwank. W końcu zdecydowałem się. Są przecież sprawy ważniejsze od tego, co nas łączy, ważniejsze od Leeuwenhoeka, ważniejsze od Vermeera.

Przed kilkoma dniami pokazałeś mi przez swój nowy mikroskop kroplę wody. Myślałem zawsze, że jest czysta jak szkło, a tymczasem kłębią się w niej dziwne stwory jak w przezroczystym piekle Boscha. W czasie tej demonstracji śledziłeś badawczo i, jak mi się zdaje, z zadowoleniem moją konsternację. Było między nami milczenie. A potem powiedziałeś bardzo wolno i dobitnie: „Taka jest woda, mój drogi, taka, a nie inna”.

Pojąłem, co chciałeś przez to wyrazić: że my, artyści, utrwalamy pozory, życie cieni, kłamliwą powierzchnię świata, a nie mamy odwagi ani zdolności dotrzeć do istoty rzeczy. Jesteśmy, by tak rzec, rzemieślnikami pracującymi w materii złudy, gdy Ty i Tobie podobni – jesteście mistrzami prawdy.

Jak wiesz, mój ojciec miał przy placu targowym gospodę „Mechelen". Przychodził tam często taki stary marynarz, przemierzył cały świat od Brazylii i od Madagaskaru po Ocean Północny – pamiętam go dobrze – był zawsze podchmielony, ale znakomicie opowiadał i wszyscy chętnie go słuchali. Był atrakcją zakładu niczym wielki kolorowy obraz lub egzotyczny zwierz. Jedną z jego ulubionych opowieści była historia o chińskim cesarzu Szy Huang-ti. [...]

Ów cesarz, jak się często zdarza ludziom czynu, pragnął odmienić oblicze nieba i ziemi, aby imię jego na zawsze zapisało się w pamięci przyszłych pokoleń. Nie rozumiał, że życie zwykłego wieśniaka, szewca czy handlarzy warzyw jest znacznie bardziej godne szacunku i podziwu – on sam natomiast staje się bezkrwistą literą, symbolem pośród wielu monotonnie powtarzających się symboli szaleństwa i gwałtu.

Jak na tyle zbrodni, jak na tyle spustoszeń, jakie czynił w umysłach i duszach ludzkich, śmierć miał okrutnie banalną. Udławił się gronem winnej latorośli. Aby sprzątnąć go z powierzchni ziemi, natura nie wysiliła się ani na orkan, ani na potop.

Zapytasz zapewne, po co to wszystko opowiadam i jaki związek ma ta historia o dalekim i obcym władcy z Twoją kroplą wody. Odpowiem Tobie na pewno niezbyt jasno i składnie w nadziei, że

zrozumiesz słowa człowieka, który pełen jest złych przeczuć i niepokoju.

Otóż obawiam się, że Ty i Tobie podobni wyruszacie na niebezpieczną wyprawę, która przynieść może ludzkości nie tylko korzyści, ale także wielkie nie dające się naprawić szkody. Czy nie zauważyłeś, że im bardziej środki, narzędzia obserwacji doskonalą się, tym bardziej cele stają się odległe i nieuchwytne. Z każdym nowym odkryciem otwiera się nowa otchłań. Jesteśmy coraz bardziej samotni w tajemniczej pustce wszechświata.

Wiem, że pragniecie wyprowadzić ludzi z labiryntu zabobonu i przypadku, że chcecie im dać wiedzę pewną i jasną, jedyną – waszym zdaniem – obronę przed lękiem i niepokojem. Ale czy przyniesie ona istotnie ulgę, jeśli zastąpimy słowo Opatrzność słowem konieczność.

Zarzucisz mi zapewne, że nasza sztuka nie rozwiązuje żadnej zagadki przyrody. Naszym zadaniem nie jest rozwiązywanie zagadek, ale uświadomienie ich sobie, pochylenie głowy przed nimi, a także przygotowanie oczu na nieustający zachwyt i zdziwienie. Jeśli jednak koniecznie zależy Tobie na wynalazkach, to powiem, że jestem dumny z tego, iż udało mi się zestawić pewien szczególnie intensywny rodzaj kobaltu ze świetlistą, cytrynową żółcią, jak również zanotować refleks południowego światła, które pada przez grube szkło na szarą ścianę.

Narzędzia, jakimi posługujemy się, są istotnie prymitywne – kij z przytwierdzoną na końcu kępką szczeciny, prostokątna deska, pigmenty, oleje – i nie zmieniły się one od stuleci, podobnie jak ciało i natura ludzka. Jeśli dobrze rozumiem moje zadanie, polega ono na godzeniu człowieka z otaczającą rzeczywistością, dlatego ja

i moi cechowi bracia powtarzamy nieskończoną ilość razy niebo i obłoki, portrety miast i ludzi – cały ten kramarski kosmos, bo w nim tylko czujemy się bezpieczni i szczęśliwi.

Nasze drogi rozchodzą się. Wiem, że nie zdołam Ciebie przekonać i że nie zarzucisz szlifowania soczewek ani wznoszenia swojej wieży Babel. Pozwól jednak, że i my będziemy uprawiali nasz archaiczny proceder, że będziemy mówili światu słowa pojednania, mówili o radości z odnalezionej harmonii, o wiecznym pragnieniu odwzajemnionej miłości".

Szarpie były potrzebne chirurgom w codziennej praktyce. Nic dziwnego, że wobec ubóstwa środków, jakimi dysponowały szpitale, zwracano się z apelem do ludności.

„Gazeta Krakowska" 1817, z dnia 30 listopada. Dodatek do nru 96, s. 175

Szpital św. Łazarza w Krakowie na Wesołej cierpi wielki niedostatek szarpii i bandaży, których liczni chorzy, okryci różnymi ranami nieodzownie potrzebują; z tego względu zanosi pokorną prośbę do serc czułych nad nędzą cierpiącą, o udział starej bielizny jakiegokolwiek bądź gatunku, którą każdego czasu z wdzięcznością Przełożona swego Zgromadzenia odbierze.

Zarówno w czasie powstania listopadowego, jak i wobec przygotowującej się Rewolucji Krakowskiej w 1846 roku, apel chirurgów do społeczeństwa o szarpie był uzasadniony.

Dziennik Rządowy Rzeczypospolitej Polskiej nr 2, s. 4

Uwiadomienie Lekarskie

Wzywa się wszystkie obywatelki, przyjaciółki ludzkości, aby się jak najprędzej zatrudniły skubaniem szarpii targanej i układanej na 5 cali długiej, takową w domu podpisanego przy ul. Grodzkiej p.L. 115 w Biurze do tego urządzonym na dole składały.

Przyjmuje się także z wdzięcznością bandaże, kompresy i wszelką starą bieliznę. Aptekarzy uprasza się o dary w plastrach lepiących, maściach obojętnych,Ung. Rosa tum, Ung. Althaeae, Lapis infernalis, anodyny, rumianku itp. Kupców o świeżą oliwę i mydło, co wszystko z wdzięcznością przyjęte będzie.

Kraków 25 lutego 1846 Bierkowski

Zbigniew Kostrzewa

Pamięci Ignacego Semmelweisa

Pan, panie doktorze
zdziwaczały
wymyślił mycie rąk
kiedy kobiety umierały w klinice
a ręka lekarza była tą
która zabijała
zatłuszczone ścierwo mięsistych palców
– geneza gorączki połogowej.
Pan, panie doktorze
wymyślił tylko
uncje chlorku wapnia
na wiadro wody

i zaraz

zachichotały katedry klinicystów

żeby obezwładnić pańską myśl

kaftanem bezpieczeństwa.

Dał się pan związać

dobroczyńco

niebezpieczny dla otoczenia.

Z. Kostrzewa, *Ślady rozmów – wiersze z dedykacją*, UPPL, Łowicz 2008, s. 43

Nb. Tak poeta-lekarz widzi reakcję środowiska na żądanie Semmelweisa: „Myjcie ręce!". To wystarczy? Jaka bzdura! A jednak!

Zważ, Czytelniku: ta historia może powtórzyć się i dziś.

Żądania Ignacego Semmelweisa z połowy XIX wieku nie były oczywiste jeszcze z początkiem wieku XX. Oto jak apelował dr Janusz Korczak w swoim wystąpieniu do położnych w 1907 roku.

Wielki budowniczy tworzy dzieło wyjątkowej wagi [...] lecz stawia on jedno wymaganie – stanowcze, bezwzględne, bezapelacyjne: tylko czyste ręce mają prawo dotknąć mojego dzieła. – Inaczej śmierć mu grozi, rozkład – zagłada.

Za winę profana mści się na własnym dziecięciu. Tak czynić zwykli wielcy artyści!...

Posłuchajcie teraz, jak rozumuje stara akuszerka-profan:

– Rozmaicie bywa, moi państwo. Kobiety i dzieci umierały w połogu – i umierają – i umierać będą. – Gdzie drwa rąbią, tam wióry lecą.

– Kłamstwo – odpowiada młoda akuszerka. – Gdzie rodzice zdrowi, tam nie ma i być nie może wiórów. Gdzie ręce myto wodą, mydłem, spirytusem, sublimatem, gdzie gaza, narzędzia, podkłady wygotowane, położnica i posłanie czyste – tam nie ma i być nie może śmierci. Precz ze śmiercią!...

Mówię tu: dawna, stara akuszerka. Obym nie był źle zrozumiany. Tu nie o wiek chodzi, tu nie lata, nie włos siwy w grę wchodzą. – Jeżeli młodość karmi się przesądami lat dawnych, jeżeli żyje w świecie spróchniałych zasad i pogrzebanych prawd – niczym są młode lata i czoło gładkie. A starość, która idzie za głosem postępu – jest młodą mimo podeszłego wieku, mimo zmarszczki na czole.

Młoda akuszerka to ta, która z duma niesie sztandar swego zawodu, to raz – która nie wierzy w fatalną konieczność „padania wiórów" – to dwa – która, powtarzam – nigdy – ani głośno, ani cicho – ani nawet w myśli – nie śmie powiedzieć:

– Dawniej nie było tyle mycia ani gotowania, a mimo to kobiety rodziły i były zdrowe.

Kłamstwo! Nie były zdrowe. Umierały i chorowały, jak umiera i choruje – i dziś tysiące kobiet po wsiach i miastach tych dzielnic, gdzie takie właśnie akuszerki grasują.

„Dawniej nie było ani tyle gotowania, ani mycia, a kobiety rodziły i były zdrowe" jest to zdanie starej akuszerki, zabobonnego brudasa, zarozumiałego bezmyślnego nieuka.

Czemu nazywam ją zabobonną? Bo wierzy w gusła jakieś czy czary, które pozwalają jednej zdrowej i normalnie zbudowanej kobiecie urodzić normalne dziecko i być zdrową, a drugą tak sobie dla kaprysu zabija podstępnie. – Wszystko odbyło się prawidłowo, a chora gorączkuje; urok ktoś rzucił – tak chyba.

Czemu nazywam brudasem? – Boć tu o nic innego nie idzie jeno o czystość. Mówią wszyscy i głośno, że od tego zależy życie kobiety – żony i matki. A ona woli się powoływać na głupie, z palca wyssane rozumowania – aby co? – zapytacie – aby rąk nie umyć.

J. Korczak, *Dzieła*, t. IV, Latona, Warszawa 1998, s. 329

XX. Początki anestezji i analgezji

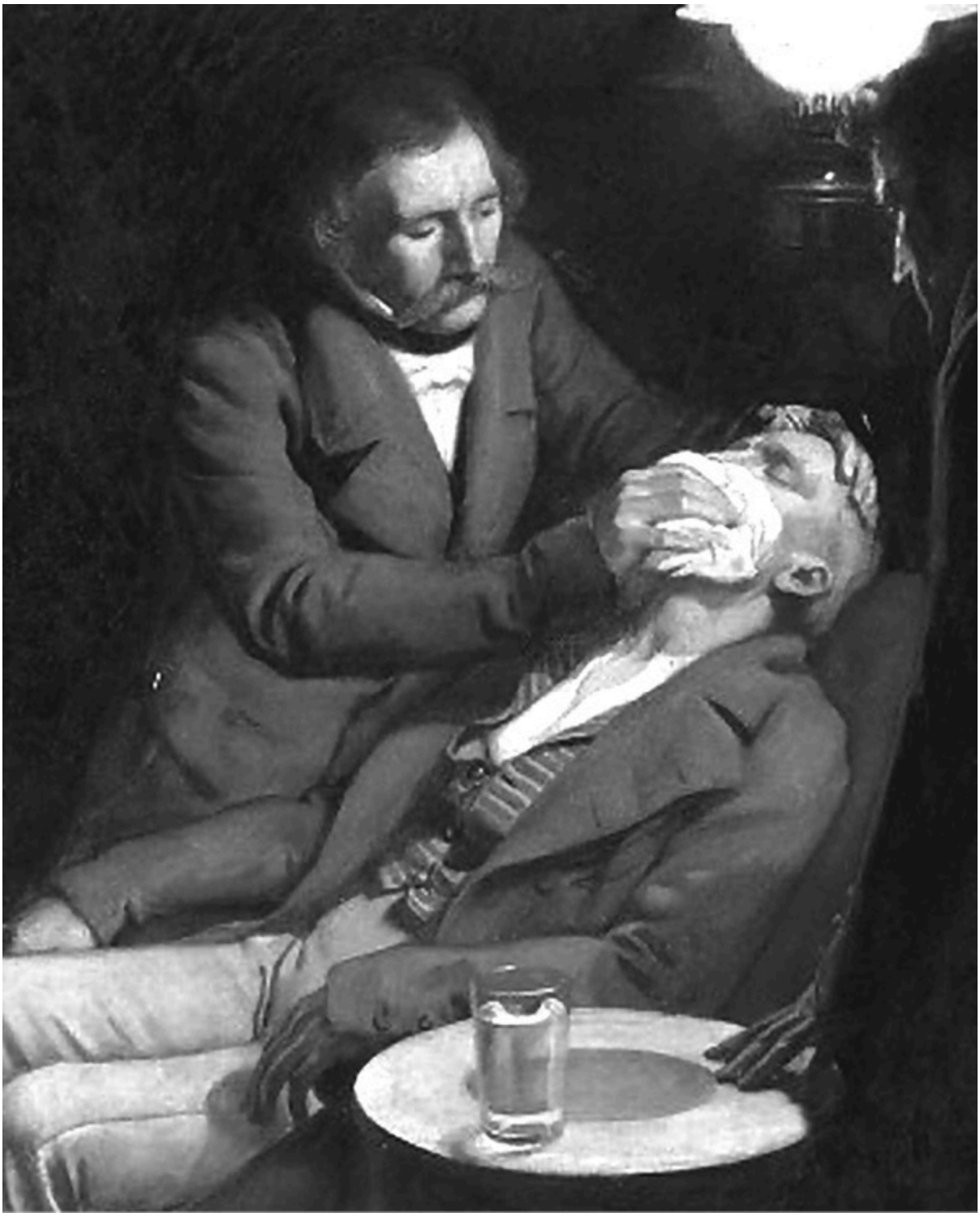
1. Anestezja

Profesor Tadeusz Krwawicz, w rozmowie z dziennikarzem, powiedział na temat odkryć naukowych:

> „Czy nauka ma sens wtedy, kiedy dokonuje odkryć, czy wtedy, kiedy te odkrycia wprowadza w życie? Każde odkrycie, choćby największe, musi zjednać sobie ludzi. Nie wystarczy, że uczony coś odkryje. Musi jeszcze umieć to spopularyzować. Samo odkrycie dla odkrycia nie ma żadnego znaczenia [...]. Słyszał pan pewnie, że dobrymi chęciami piekło jest brukowane. Piekło naukowe brukowane jest zapomnianymi odkryciami”[1].

Profesor potwierdził tu znany w historii medycyny fakt (co odniósł również do medycyny polskiej), że gdy pewne odkrycia znajdą praktyczne zastosowanie, to często wtedy okazuje się, iż były już wcześniej postrzegane przez innych badaczy, którzy jednak nie przywiązali do nich należytej wagi. Tak było w przypadku W. Roentgena, tak w przypadku A. Fleminga, tak też

w przypadku H. Wellsa i T. Mortona, którym udało się jako pierwszym uśpić chorego do zabiegu. Okazało się bowiem, że ten i ów coś na ten temat już wcześniej wiedział, co – gdyby zostało należycie wykorzystane – przesunęłoby wstecz o ćwierć, jeśli nie o pół wieku bezbolesne wykonywanie poważnych zabiegów chirurgicznych, i o tyle samo przyśpieszyłoby rozwój nowoczesnej chirurgii.



Pierwsze użycie eteru w anestezji w roku 1846
przez Williama T. G. Mortona
Obraz Ernesta Boarda

W swoich pamiętnikach Samuel Pepys pod datą 16 maja 1664 roku odnotował:

> „Tegoż dnia oglądałem eksperyment z psem, któremu wpuścili opium do tylnej nogi; zasnął tak, że można go było krajać. Nie wiem co się z nim dalej stało, bo musiałem iść do Westminster”[2].

Pod koniec XVIII wieku znano już podtlenek azotu i jego działanie wywołujące euforię. Doktor Beddoes w Bristolu stosował go do leczenianiedowładów, a pracujący u niego lekarz Humphrey Davy (interesujący się chemią) zaobserwował, przez przypadek, że znosi on ból zęba. Wypowiedział wtedy znamienne twierdzenie: „Ponieważ okazuje się, że tlenek azotu jest zdolny do znoszenia bólu fizycznego, z pewnością będzie mógł być zastosowany w zabiegach chirurgicznych”. Był rok 1800. Na spełnienie tej obietnicy przyszło jeszcze długo czekać. W 1818 roku Faraday pisał: „Wdychanie par eteru daje wyniki zbliżone do tych, jakie daje tlenek azotu”. Ale z tej obserwacji również nic nie wynikło. Henry Hill Hickman, brytyjski lekarz, w przyszłości autor pierwszej książki z zakresu anestezjologii, zauważył, że myszy trzymane pod kloszem tracą przytomność (1823). Crawford W. Long z Jefferson (1842) kazał pacjentowi wdychać eter i wykonał bezbolesny zabieg, ale sprawa na tym się skończyła. Podobnie w przypadku dra Smile’a w Derby, który leczył kaszel u miejscowego pastora, podając mu mieszankę opium i eteru. Pastor usnął, lecz doktor odniósł to do przedawkowania opium i nie wyprowadził żadnych wniosków.

Do wprowadzenia środków usypiających w medycynie doszło nieoczekiwanie w zupełnie inny sposób. Podtlenek azotu ze względu na swe właściwości znany był jako „gaz rozweselający”.

Paru przedsiębiorców w Ameryce wpadło na pomysł, by wykorzystać ten fakt do celów zarobkowych. W niedzielne, nudne popołudnia w małych miasteczkach wchodziło na przygotowane podium kilku chętnych obywateli, którzy za pewną opłatą otrzymywali pęcherz wypełniony gazem. I wtedy zaczynała się zabawa. Wdychający gaz zachowywali się jak pijani, a tłum otaczający miał nie lada uciechę. Takim przedsiębiorstwem dysponował Sam Colt, który w ten sposób zbierał fundusz na opatentowanie swego bębenkowca. Ten, dla wzmocnienia wrażenia gawiedzi, wprowadził raz na arenę sześciu czerwonoskórych Indian, spodziewając się nie lada efektu. Wynik był nieoczekiwany: sześciu dzikich bohaterów – usnęło. Przedstawienie skończyło się klapą. Przedsiębiorca skoncentrowany na swym interesie nie był w stanie wyciągnąć z tej obserwacji należytych wniosków.

Ale rozwiązanie problemu było już na dniach. Bo oto inny antreprener (historia ustaliła jego nazwisko: Gardner Colton) znalazł się w miasteczku Hartford i dokładnie 10 grudnia 1844 roku występował publicznie z gazem rozweselającym. Na tym występie zjawił się miejscowy dentysta Horacy Wells z małżonką Luizą. Do głowy mu nie przyszło, by poddać się na oczach tłumu działaniu podtlenku azotu, ale zrobił to jego przyjaciel Sam Cooley. Wells, należący do notabli miejscowych, patrzył pewnie ze zgorszeniem na wygłupy przyjaciela, ale patrzył też uważnie i dlatego spostrzegł, że zranił się on dotkliwie o wystający gwóźdź, zupełnie nie zdając sobie z tego sprawy. Tknęło go coś i – choć powstrzymywany przez żonę – znalazł się w chwilę potem na

podium z pęcherzem gazu, by doświadczyć tego samego wrażenia: podtlenek azotu znosi ból.

Następnego dnia (11 grudnia) Colton, odpowiednio wyposażony, przyszedł do gabinetu Wellsa. Ten przyjął dawkę gazu, a potem zlecił swemu asystentowi, by mu usunął zęba. W chwilę potem powiedział: „Nie poczułem nic nad drobne ukłucie – jest to najcudowniejsze odkrycie naszych czasów". W przeciwieństwie do poprzedników postanowił swoim doświadczeniem podzielić się z innymi. Najbliższa droga prowadziła do Bostonu, do kolegi Williama Mortona. Razem odwiedzili chemika Jacksona, który odegrał znakomitą rolę, bowiem to on zwrócił uwagę na podobne usypiające właściwości eteru. A potem Wells postanowił udać się do bostońskiego Massachusetts General Hospital, w którym królował znakomity chirurg John Warren. Ten przyjął go nader sceptycznie, czemu dziwić się nie można, bo jak świat światem działanie chirurgiczne zawsze się wiązało z bólem, ale dopuścił ostatecznie upartego dentystę do wykonania zabiegu. Było to 17 stycznia 1845 roku. Na salę wykładową, która dawnymi czasy służyła również za salę operacyjną, wprowadzono pacjenta. Wells przystąpił do zabiegu. Gdy pacjent usnął, założył kleszcze i przystąpił do ekstrakcji. Spodziewał się dobrego efektu, tymczasem pacjent zawył z bólu. Sceptyczny Warren nie był zaskoczony, studenci mieli uciechę, Wells był zrozpaczony. Przy braku doświadczenia nie mógł wiedzieć o dawkowaniu według wagi ciała, a dodatkowo, podniecony sytuacją, zapewne przedwcześnie przystąpił do zabiegu. Tak czy tak, znaczenie odkrycia wisiało na włosku. Literacki opis tego niezwykle

istotnego dla odkrycia znieczulenia wydarzenia znajdzie czytelnik w *Stuleciu chirurgów* J. Thorwalda (WL, Kraków 1980).

Na szczęście nie ustał w swych poczynaniach Morton. Ten czynił dalsze próby przy stosowaniu eteru, odkąd udało mu się usunąć zęba u pacjenta o nazwisku Frost (i to odnotowano). Działał w szczególnych okolicznościach: zamknięta izba, Morton nie żałuje eteru, na stole stoi lampa naftowa. Co by było, gdyby nastąpił wybuch? Nieraz się to potem zdarzało, gdy na salę operacyjną wchodził ktoś z zapalonym cygarem (podobno nigdy dwukrotnie w tym samym szpitalu). Ale na szczęście nie wtedy. Morton po wykonaniu kilku pomyślnych prób zgłosił się do Warrena. Ten 16 października 1846 roku usunął w uśpieniu guza żuchwy. Dzień zabiegu stał się kamieniem milowym w dziejach chirurgii.

Wiadomość dotarła wkrótce do Europy. Już 21 grudnia R. Liston, nie mniej sceptyczny od Warrena (cóż bowiem dobrego mogli wymyślić ci Jankesi?), wykonał pierwszy zabieg w uśpieniu. W niedługi czas potem, 6 lutego 1847 roku, Ludwik Bierkowski w krakowskiej klinice chirurgicznej wypróbował nowy sposób na woźnym, na studentach, a potem na pacjentce, która, budząc się, wielce się zdziwiła, że jest już po wszystkim.

Wprowadzenie uśpienia, czyli znieczulenia ogólnego, jak je potem nazwano, zmieniło diametralnie sposób operowania. Przede wszystkim sprawność chirurga przestała być równoznaczna z szybkością wykonywanego zabiegu. Nie mogąc choremu oszczędzić bólu, chirurdzy starali się maksymalnie skrócić czas wykonywania zabiegu. Tenże Liston w ciągu 26 sekund (spójrz, Czytelniku, na zegarek) dokonywał amputacji podudzia. Podobnie inni. Morris, który znał chirurgów tamtej epoki, pisał, że „ich

błyskawicznie wykonywane amputacje były dokonywane wobec przejętych aż do utraty tchu studentów". Podawał dwa przykłady. Pierwszy dotyczył Fryderyka S. Dennisa, którego „czarodziejską wręcz zręcznością operowania" wszyscy się zachwycali. Otóż:

> „Pamiętam, że pewnego dnia poszedłem przyjrzeć się usuwaniu przez niego kamienia z dróg moczowych. Odwróciłem się na chwilę, aby powiedzieć coś stojącemu poza mną koledze. Kiedy ponownie spojrzałem w stronę Dennisa, podnosił on już ujęty w długie kleszczyki kamień wysoko w górę, pokazując go całemu audytorium"[3].

Drugi przypadek związany był z Williamem Detmoldem, chirurgiem pochodzenia niemieckiego:

> „Przypominam sobie, że pewnego dnia sprowadzono kobietę z niewielkim guzem w piersi na wykład kliniczny doktora Williama Detmolda. Był dzień upalny i dr Detmold siedział w krześle, mając w ręku wachlarz z liścia palmowego, którym gwałtownie wachlował się. Jednemu z asystentów kazał trzymać mocno pacjentkę, po czym, wziąwszy nóż, zrobił nagle cięcie i wyłuszczył guz jedną ręką, gdy drugą nie przestawał wprawiać wachlarza w ruch. W trakcie operowania wskazywał nam na korzyści szybko i dokładnie dokonanej operacji"[4].

Kiedyś, będąc w arystokratycznym domu na obiedzie, młody Detmold wsławił się, błyskawicznym ruchem przecinając na pół natrętną muchę. Współbiesiadnicy wpadli w zdumienie.

Wróćmy jednak na moment do naszych bohaterów. Wells walczył o uznanie. Przybył do Europy, wystąpił w Paryżu, gdzie go przyjęto jako odkrywcę. Morton też walczył o uznanie i... pieniądze. Eter sprzedawał pod nazwą tajemniczego leku „Letheon". Przykry to przykład, ale w historii medycyny nie jedyny. Również Jackson rościł sobie prawo do sławy. Najgorzej na tym wyszedł Wells, który wpadł w rozstrój nerwowy, co doprowadziło go do śmierci.

Znieczulenie eterem zwolna przyjmowało się w chirurgii, kiedy nieoczekiwanie, jak to w dziejach medycyny niejednokrotnie się zdarzało, położnik z Edynburga, James Simpson, stanął wobec trudnego zadania: odebranie porodu u kobiety z wrodzonym zniekształceniem miednicy. Zastosował eter, poród był bezbolesny. Fala entuzjazmu ogarnęła rodzące. Jednak pojawiła się przeszkoda i to z najmniej oczekiwanej, bo nie lekarskiej strony. Kler anglikański, wierny Pismu Świętemu, przypomniał, co Bóg postanowił, a zapisane zostało w Księdze Rodzaju (3, 16): *W bólach rodzić będziesz*. Rozpętała się wtedy dyskusja w obronie nowej pomocy lekarskiej. Przypomniano m.in., że Bóg co prawda dał człowiekowi dwie nogi, aby mógł chodzić piechotą, ale też nie sprzeciwił się wykorzystaniu konia jako środka lokomocji lub pomysłowi podróżowania karocą. Najbardziej przekonującym okazał się jednak argument z tej samej Księgi Rodzaju (2, 21): gdy Bóg stwarzał Ewę – uśpił Adama. Prawzór usypiania dał zatem sam Pan Bóg.

Ale poza wszelką dyskusją najistotniejszym argumentem stał się fakt, że John Snow zastosował znieczulenie, odbierając poród u królowej Wiktorii. Takie znieczulenie nazwano wtedy *Narcose à la reine*. Snow zastosował chloroform, stwierdzono bowiem, że ma on te same właściwości co eter. Nieco wcześniej dr Kulesza, jako pierwszy w Polsce, zastosował narkozę chloroformową przy porodzie (10 IV 1848). Korzystano z niej powszechnie. Wkrótce okazało się jednak, że chloroform jest niebezpieczny w użyciu. Doszło do kilku zejść śmiertelnych. Świat chirurgów podzielił się

na dwa obozy: zwolenników eteru i zwolenników chloroformu. Z czasem przyjęto zasadę: chloroform jest dobry w zabiegach krótkotrwałych, zwłaszcza u dzieci, eter w pozostałych. Theodor Billroth „krakowskim targiem" wprowadził własną mieszankę: eter + chloroform.

Gdy Kirkorowa w Krakowie pod koniec wieku skorzysta z podtlenku azotu, spotka się to jeszcze z cierpką uwagą:

> „Ponieważ strasznie się bałam, mając w zbyt świeżej pamięci ciężkie przejście przed niespełna rokiem, więc przy narodzinach Staszka był obecny prócz dra Rosnera także prof. Cybulski z aparatem do gazu rozweselającego. Dzięki gazowi, który wdychałam co pewien czas, stosunkowo niewiele cierpiałam. Później słyszałam zdanie wygłoszone przez powagę lekarską, że gdy matka nie cierpi przy wydawaniu na świat dziecka, to go potem nie kocha. Bardzo śmieszne i egoistyczno-męskie twierdzenie. Zaprzeczyło mu kategorycznie moje uczucie dla Staszka w ciągu całego mojego życia"[5].

2. Analgezja

Zniesienie bólu na ograniczonej przestrzeni też miało swoją prehistorię w próbach A. Wooda (1655) i C. Bernarda (1864), ale naprawdę rzecz się zaczyna od Benjamina W. Richardsona, któremu przypadek przyszedł z pomocą. Zważ, Czytelniku, że był to – jak często w nauce – przypadek przygotowany. Nic bowiem w nauce nie dzieje się na darmo. Richardson pracował nad wykryciem środka znieczulającego, był skoncentrowany na tym problemie i przygotowany na odkrycie, które nastąpiło, ni mniej ni

więcej, tylko na balu. Żona Richardsona wyciągnęła męża z laboratorium na bal. A że nie było wtedy klimatyzacji ani dezodorantów, panie pociły się i – jak umiały – radziły sobie rozpylaniem wody kolońskiej. Na spocone czoło Richardsona żona rozprysła wodę kolońską: poczuł chłód. Wysnuł wniosek: parujący spirytus chłodzi, o ileż mocniej powinien zadziałać eter. I rzeczywiście tak było. Był rok 1867. Szkoda tylko, że odkrycie to zostało spożytkowane znacznie później (ok. 1884 r.). Dziś, usuwając ambulatoryjnie dziecku drzazgę spod paznokcia przy zastosowaniu chlorku etylu, nie zdajemy sobie sprawy, komu to zawdzięczamy: Richardsonowi? A może jego żonie? Przypadkowi? Na pewno zmysłowi obserwacji, który w medycynie odgrywał i nadal będzie odgrywał ważną rolę.

Zastosowanie kokainy poprzedzone też było długoletnią obserwacją rośliny zwanej przez Indian peruwiańskich „Mama Coca". Na kobiety działała uspokajająco, „pocieszająco", żuta przez mężczyzn pozwalała na duży wysiłek bez jedzenia i snu. Albert Niemann z Getyngi skrystalizował kokainę w 1860 roku. Niestety, i to odkrycie czekało długie lata na praktyczne zastosowanie. Było ono w rękach Z. Freuda i jego przyjaciela K. Kollera, którzy usiłowali wyprowadzić z narkomanii (opium) swego kolegę cierpiącego na fantomowe bóle po amputacji kciuka. Pewnie Freudowi przypadłaby zasługa wprowadzenia kokainy do lecznictwa, gdyby nie wyjazd do narzeczonej i przedłużony pobyt u niej. A tak zrobił to Karl Koller (1857–1944), wykonując w Heidelbergu w 1884 roku bezbolesny zabieg na oku chorego. Powtórzył to w Berlinie. Świadkiem tego wystąpienia był R.T. Morris:

> „W roku 1884 byłem obecny na zebraniu lekarskim w Berlinie, na którym Karl Koller po raz pierwszy zademonstrował publicznie działanie kokainy, jako środka znieczulającego przy operacji ocznej. Pokaz ten wzbudził od razu sensację i rozmaici eksperymentatorzy zaczęli rozszerzać stosowanie kokainy, ogarniając nim stopniowo olbrzymią dziedzinę, jaką zajęło ono w następstwie. W Ameryce na czele eksperymentatorów na tym polu stanął dr W.S. Halsted”[6].

Morris snuje przy tej okazji refleksje na temat bezinteresowności Kollera i jemu podobnych odkrywców oraz braku wyrazu wdzięczności ze strony społeczeństwa; wielu dobroczyńców ludzkości umarło w nędzy.

Taki był początek analgezji. Wprowadzenie znieczulenia w dowolnej części ciała przez iniekcję wiąże się z takimi nazwiskami, jak William Halsted, James Corning i Harry Cushing.

Nie wchodząc w szczegóły, zatrzymajmy się przy jednym jeszcze znaczącym nazwisku: Karl Ludwik Schleich. Ten lekarz niemiecki – jak sam wspominał w interesujących pamiętnikach – był początkowo lekkoduchem, wiecznym studentem, który z trudem ukończył studia, by objąć małą własną klinikę. Niezwykły zwrot nastąpił w jego życiu, gdy spotkał się ze Stanisławem Przybyszewskim. „Der geniale Polen” robił wtenczas w Niemczech furorę jako pisarz, a zainteresowany psychiką ludzką chodził na wykłady anatoma Wilhelma Waldeyera, zwłaszcza te, które dotyczyły systemu nerwowego. Spotkanie nastąpiło w knajpie „Pod czarnym prosięciem”. Przybyszewski wracał właśnie z rysunkami histologicznymi nerwów. Od słowa do słowa zaczęli rozważać, że gdyby ucisnąć nerw czuciowy, pewnie udałoby się znieść jego przewodnictwo. Schleich wpadł zaraz do kliniki, w której dyżur miał dr Witkowski (znowu polskie nazwisko)

i przystąpił do eksperymentów: wstrzykiwał wodę z różną zawartością soli kuchennej. Rzeczywiście uzyskiwał znieczulenie, ale występująca przy tym bolesność niwelowała pożądane skutki. Nie ustawał jednak w eksperymentowaniu. Wykonywał setki prób. To odkrycie przeobraziło jego życie. Wprowadzenie kokainy było dalszym krokiem. Swe wyniki podsumował w 1894 roku w książce pt. *Schmerzlose Operationen*.

W 1900 roku połączono kokainę z adrenaliną, uzyskując przedłużone działanie. W 1905 roku w miejsce kokainy wprowadzono mniej toksyczną nowokainę, która przetrwała do naszych czasów.

Anestezjologia ma dziś swoją bogatą historię, ale takie były jej początki. Zestawmy na koniec dwa zdania, dwie wypowiedzi chirurgicznych autorytetów. Pierwsze należy do Alfreda Velpeau:

„Nóż chirurga i ból to pojęcia nierozerwalne, z którymi chory nigdy nie zetknie się oddzielnie. Bezbolesna operacja to mrzonka, która nigdy nie zostanie urzeczywistniona".

I druga wypowiedź – Jana Fr. Dieffenbacha z roku 1847:

„Piękny sen, że ból został nam odebrany, stał się rzeczywistością".

Wielkim osiągnięciem znieczulenia ogólnego, z czego zrazu nie zdawano sobie pewnie sprawy, była możność wkroczenia w obręb jam ciała. Przede wszystkim w obręb jamy brzusznej, bo narkoza poza utratą świadomości i zniesieniem bólu dawała jeszcze zwiotczenie mięśni. Znikało zatem napięcie mięśni brzusznych

i obronność. Znacznie później niż w obręb jamy brzusznej operatorzy weszli w obręb klatki piersiowej. Potem chirurgia podzieliła się na kostną i trzewiową, tj. „twardą" i „miękką". Zaczęły się pojawiać nowe specjalności, mające w niej swe pierwotne korzenie. Dotąd chirurgia bywała też zwana medycyną zewnętrzną (*Medicina externa*). Teraz straciła tę nazwę, przestała ona bowiem odpowiadać stanowi faktycznemu.

Zniesienie bólu spowodowało, że sprawność chirurga nie była już równoznaczna z szybkością wykonywania zabiegu, z błyskotliwością, która dotąd była nieodzowna, zatem te popisy niemal prestidigitatorskie przechodzą zwolna do historii. Nie czas się od teraz liczy, ale jakość wykonanego zabiegu i wiele innych jeszcze czynników, o których nie śniło się starym mistrzom, choć sprawność manualna – rzecz jasna – pozostaje wciąż istotnym czynnikiem. Oto jak stary chirurg z perspektywy lat ocenia swego nauczyciela:

> „Dr Kubisty był człowiekiem obdarzonym prawdziwym temperamentem chirurgicznym, świetnie orientującym się w polu operacyjnym i mającym tzw. nosa, co przy skromnych podówczas możliwościach poszerzających diagnostykę liczyło się ogromnie. Operował znakomicie i szybko. Dziś w warunkach komfortu chirurg nie jest tak przymuszony do szybkiego operowania jak wówczas, gdy nie było anestezjologii, antybiotyków, przetaczania krwi, a płyny podawano przeważnie jako hipoderma. Nie znano pojęcia równowagi wodno-elektrolitowej. Nic więc dziwnego, że miernikiem kwalifikacji operatora była przede wszystkim szybkość działania, oczywiście z zachowaniem wymogów techniki operacyjnej"[7].

Rzecz odnosi się do lat czterdziestych XX wieku.

W tym samym czasie prof. Jan Glatzel zadziwiał błyskotliwością wykonywania zabiegów przy nadzwyczajnej precyzji. Ale czynnik

ten zwolna przesuwał się na drugi plan. Amerykański chirurg W.A. Nolen, na którego już się powoływaliśmy, pisał:

> „Inteligentny i umiarkowanie biegły chirurg może w ciągu kilku miesięcy nauczyć się prawidłowo wykonywać te zabiegi. Kto umie krajać, nakładać szwy i wiązać węzły – umie operować. Dopiero gdy zastanowi się głębiej, to okazuje się, że wszystkie te umiejętności stanowią jedynie techniczną stronę chirurgii”[8].

A co o „złotych rękach” chirurga sądził prof. Józef Bogusz?

> „Znamy to określenie, krąży ono wśród społeczeństwa: »ten chirurg ma złote ręce«. Uśmiechnijcie się. Zapewne, technika operacyjna, sprawność i zręczność manualna są niewątpliwie bardzo ważne. Ale najważniejsze to: nieustanna, pedantyczna troska o chorego, zawsze – mimo różnych elektronicznych monitorów – osobista troska. To bezsenne noce [...]. To ciężkie wyrzuty sumienia z powodu popełnionych omyłek i błędów, ciężkie przeżycia z powodu klęsk. Przy tym stałym wewnętrznym niepokoju uśmiechnięta, pogodna twarz na zewnątrz, jednająca zaufanie i zniewalająca chorego do wiary, że wszystko będzie dobrze. Oto »złote ręce« chirurga”[9].

Podobnie widział tę sprawę prof. Witold Rudowski z Warszawy:

> „Chirurgia jest specjalnością, w której nie kształt dłoni i funkcja palców odgrywają decydującą rolę. Najważniejsze to umysł i wiedza. Najważniejszą cechą ręki nie jest jej zręczność i sprawność, ale przede wszystkim wrażliwość na ból podczas badania chorego. Ważny jest także wzrok, który pozwala ocenić wygląd chorego, określić sytuację i zmiany w polu operacyjnym”[10].

Jeszcze inaczej wyraził to przedstawiciel młodszej, a zatem bliższej nam generacji chirurgów, prof. Tadeusz Tołłoczko, odpowiadając na pytanie dotyczące manualnych zdolności i zręczności palców chirurgów:

> „Po latach pracy odkryłem, że ręka chirurga prowadzona jest jego myślą i że wielkość chirurgii wynika z potęgi myśli – odwagi myślenia,

skojarzonych ze sprawnością działania. Pięknie do wyraził Paul Valéry: »Ręka chirurga, tak jak ręka artysty rzeźbiarza, musi być równa wartości jego myśli, bo jedno bez drugiego nie ma w chirurgii wartości«”[11].

Jakże powoli odchodzono od tego wzorca, według którego dobry chirurg powinien zadziwiać błyskotliwością zabiegu. Jakiegoż szoku doznawał polski stypendysta, gdy w latach siedemdziesiątych ubiegłego wieku znajdował się na sali operacyjnej amerykańskiej kliniki chirurgicznej i widział, jak z wybiciem godziny siedemnastej chirurdzy przerywają operację, pozostawiają chorego pod kontrolą aparatury i udają się na herbatę. *Five o'clock*! Krótki odpoczynek – ich zdaniem – może choremu tylko wyjść na dobre.

Przypisy

[1] *Mróz ujarzmiony. Rozmowa z profesorem Tadeuszem Krwawiczem*, [w:] J. Żakowski, *Rozmowy z lekarzami*, MAW, Warszawa 1987, s. 14.

[2] *Dziennik Samuela Pepysa*, przekł. M. Dąbrowska, PIW, Warszawa 1954, t. I, s. 425.

[3] R.T. Morris, *Pięćdziesiąt lat w życiu chirurga*, tłum. R. Centnerszwerowa, J. Przeworski, Warszawa 1936, s. 65.

[4] Tamże, s. 32.

[5] Z. Kirkor-Kiedroniowa, *Wspomnienia*, WL, Kraków–Wrocław 1986, s. 308.

[6] R.T. Morris, *Pięćdziesiąt lat*..., s. 89.

[7] J. Piątkowski, *Wspomnienia ginekologa i chirurga*, [w:] *Chirurgia w okupowanym Krakowie. Wspomnienia*, red. Z. Gajda, A. Wysocki, Kraków 1993, s. 67.

[8] W.A. Nolen, *Jak zostałem chirurgiem*, tłum. W. Rudowski, PZWL, Warszawa 1976, s. 228.

[9] J. Bogusz, *Lekarz i jego chorzy*, PZWL, Warszawa 1984, s. 96.

[10] W. Rudowski, *Samotność chirurgów*, [w:] *Dobry zawód*, red. K. Bochenek, D. Kortko, Znak, Kraków 2006, s. 41.

[11] T. Tołłoczko, *W chirurgii nie ma żartów*, [w:] *Chirurdzy i detektywi. Opowieści o polskich chirurgach*, red. K. Bochenek, D. Kortko, Fundacja Polski Przegląd Chirurgiczny, Warszawa 2001, s. 126.

W lokalnym dzienniku krakowskim nie tylko opisano zabieg, jaki wykonał L. Bierkowski w swojej klinice po raz pierwszy w uśpieniu eterowym, ale ciągle śledzono postępy w nauce. Oto co wkrótce potem pisano w Krakowie na podstawie „Gazette Medical" i „Journal des Débats".

„Gazeta Krakowska" 1847, nr 49

O użyciu eteru siarkowego przy operacjach chirurgicznych

Nie łatwo zaraz odpowiedzieć na nie w sposób stanowczy, z powodu trudności tej rzeczy właściwych, a może także i dlatego, że lekarze i chirurgowie zbytnio zaniedbali zasad fizyki. Długo dość pogardzano stosowaniem nauk ścisłych do sztuki leczenia; długo dość nauka fizyki i chemii zamknięta była w szkole lekarskiej ciasnymi granicami. W chwili kiedy właśnie myślą większe nadać im rozwinięcie odkrycie pana Jackson jakby w porę przychodzi ujmować się za sprawę nauk pomocniczymi nazywanych i wykazać jak ważnym jest nie tamować usiłowań ludzi znamienitych, którym wykład jest powierzony. [...]

[na temat trudności zastosowania uśpienia]

[...] pojmiecie różność powodzenia jakiego praktykujący lekarze dotąd doznali i nie będziecie się dziwić, że p. Morton, dentysta bostoński, nawykły do operacji w ustach, a zresztą obeznany z użyciem narzędzi wszelkiego rodzaju, przezwyciężył bardzo chirurgów. Powinni więc oni nowe czynić doświadczenia, biorąc na okoliczności dopiero tu wymienione, a których skuteczność wątpliwości ulegać nie może.

„Gazeta Krakowska" 1847, nr 52

[...] Lecz oprócz korzyści, jakie spodziewamy się osiągnąć z nowego sposobu zadawania eteru, samo zbadanie zjawisk tym wpływem sprawionych na osobach zupełnie zdrowych, także ciekawość naszą żywo podniecać winno. Wszelkie lekarstwo działające na część intelektualną naszej istoty, które zmienia nasz stan moralny i przez rzadki wyjątek sprawić może przyjemność, a raczej błogość jakąś, zdaje się dotykać tajemnicy związku duszy z ciałem.

W „Gazecie Krakowskiej" odnotowano także, że wielki fizjolog François Magendie zaprotestował publicznie przeciw „poniżaniu chorego przez usypianie go" i zaproponował wstrzykiwanie eteru do żyły szyjnej (jak gdyby to coś miało zmienić). Widać więc, jak dalece odkrycie uśpienia eterowego wywołało poruszenie nie tylko wśród społeczeństwa najbardziej nim zainteresowanego, ale i wśród przedstawicieli świata medycznego.

XXI. Od miazmatów do bakteriologii

W nowszych czasach nie nękały ludności Europy takie choroby, jak dżuma, trąd, angielskie poty, święty ogień etc., ale to wcale nie znaczy, że społeczeństwo wolne było od groźnych chorób, pociągających za sobą tysiące śmiertelnych ofiar. Były to: cholera, gruźlica, dyfteria, tyfus brzuszny i plamisty, czerwonka, kiła.

Otwarte było pytanie: czym są one wywoływane?

Jedyną przyczyną zdawały się być *miazmaty*. To pojęcie ciągnie się od średniowiecza. Nikt dokładnie nie wie, co ono oznacza, ale przypuszcza się, że powstają one z wyziewów ziemi, wód stojących, a zwłaszcza terenów błotnistych. Być może wiadomość, że osuszenie kiedyś błot pontyjskich przyniosło pozytywne dla zdrowia mieszkańców rezultaty, utkwiła w umysłowości ludzkiej na całe stulecia. I tak pozostało do odkryć Pasteura, Kocha i innych.

Coraz lepszy mikroskop umożliwiał dostrzeżenie organizmów mniejszych niż te widziane gołym okiem. To prawda, są, bo można

je zobaczyć. Powstają przez samorództwo, są powszechnie obecne i wielopostaciowe. Ale z tego nie wynika jeszcze, żeby miały być przyczyną procesu chorobowego. Ubolewać należy, że znane już w epoce Odrodzenia pojęcie *contagium animatum* zostało zapomniane. Ale mimo że nie znano jeszcze czynnika chorobowego, jakim okazały się bakterie, w umysłach pewnych ludzi zrodziła się potrzeba postępowania, które można by określić jako „antymiazmatyczne", a które doprowadziło do powstania nowej nauki – higieny.

Zważmy: stan sanitarny miast i wsi od średniowiecza aż do połowy XIX wieku nie uległ zmianie. Niewywożone śmieci, fekalia płynące rynsztokami przez sienie domów i ulice, odpady kuchenne, ciasnota mieszkań pozbawionych dostępu słońca, woda z płytkich studni zanieczyszczonych odchodami ludzi i zwierząt... Do świadomości niektórych ludzi docierała powoli potrzeba zmiany tych warunków i zapewnienia ludziom dobrego powietrza, czystej wody i zdrowych środków żywnościowych.

Bodźcem, który wyzwolił intensywniejsze zajęcie się tym zagadnieniem w skali społecznej, była epidemia cholery, jaka przeszła przez Europę w pierwszej połowie XIX wieku.

1. Cholera w Europie

Z pierwotnych ognisk gdzieś w Indiach przedostała się drogą lądową (karawany?) do Rosji, a stąd zaczął się jej gwałtowny

pochód na Zachód. Występujące u chorych objawy: chlustające wymioty, biegunka, której nie poprzedzało parcie, prowadziły do wyniszczenia odwodnionego organizmu w ciągu kilku dni. Rozprzestrzeniała się niezwykle szybko przez kontakt z ludźmi lub przedmiotami z nimi związanymi, zwłaszcza że wydaliny nie były odpowiednio zabezpieczane, bowiem nie zdawano sobie sprawy z takiej potrzeby.

W Polsce pojawiła się po klęsce powstania listopadowego. Początkowo wystąpiła u żołnierzy rosyjskich, potem przeszła na ludność cywilną i ciągnęła się dalej na Zachód. Spójrzmy na groźbę tej epidemii oczyma współczesnego świadka. Ambroży Grabowski w swych pamiętnikach tak pisał:

> „Cholera morbus. Straszna ta choroba wyszła z Azji; najprzód zjawiła się w Rosji, a w czasie tej wojny po starciu korpusu rosyjskiego gen. Pahlena pokazała się i w wojsku naszym. Przeciągnęła ona przez Europę, doszła i do Ameryki i miliony ludzi sprzątnęła. Szczególniej lud ubogi, nędznie żyjący, ludzie oddani nałogowi pijaństwa i nieporządnie żyjący ofiarą jej padli. Pierwszym jej objawem były womity i laksowanie gwałtowne – a chory dotknięty nią w kilka godzin kończył życie. [...] Wszędzie po wsiach urządzone były osobne cmentarze dla zmarłych na cholerę, które jako pomniki tej strasznej klęski długo o niej świadczyć będą.
>
> Gwałtowność tej choroby wykaże najlepiej definicja jej przez jednego doktora angielskiego: »Jest to choroba, która się od tego zaczyna, na czym się inne kończą, tj. od śmierci«”[1].

Doliczono się potem jeszcze jej pięciu nawrotów. W 1892 roku w Hamburgu zmarło z jej powodu 8 tysięcy ludzi. Głównie ulegał chorobie proletariat zarówno miejski, jak i wiejski. Ten związek pomiędzy niską klasą społeczną a zachorowalnością rzucał się w oczy i dlatego zrodził ruch, najpierw w Anglii, potem w Niemczech, mający na celu podniesienie warunków sanitarnych.

W Anglii, wobec gwałtownego rozwoju przemysłu z jego fatalnymi pod względem zdrowotnym następstwami, ruch ten miał szczególne znaczenie i nosił nazwę „Sanitary movement". Na jego czele stali: prawnik (E. Chadwick) i dwóch lekarzy (T.S. Smith i J. Simon). Z czasem przy parlamencie powstała odpowiednia komisja, jakby zapowiedź ministerstwa zdrowia, której celem były: czystość ulic, wodociągi, kanalizacja, spłukiwane toalety (*water closets*; to z tamtych czasów pozostał powszechnie znany skrót: WC). Gdy w Warszawie postanowiono wybudować wodociągi, sprowadzono angielskiego inżyniera Lindleya, bo on miał największe doświadczenie.

W Niemczech ruch związany z higieną publiczną wiele ma do zawdzięczenia Maksowi von Pettenkoferowi (1818–1901). Lekarz, od roku 1847 profesor chemii lekarskiej na uniwersytecie w Monachium, rozwijał działalność w zakresie publicznej opieki zdrowotnej, która szła w kierunku podniesienia warunków ekonomicznych niższych klas społecznych; wychodził z założenia, że dopiero za nimi mogą pójść odpowiednie warunki mieszkaniowe i żywieniowe. Na tym tle widział możliwość ograniczenia czy likwidacji epidemii, które wiązały się z najuboższą warstwą społeczną.

Jego silna indywidualność i usilne dążenie do poprawy sytuacji higienicznej oraz dorobek naukowy w tym zakresie doprowadziły do powstania na monachijskim uniwersytecie pierwszej katedry higieny (1865). Ale jako badacz przyczyn cholery wiązał jej pochodzenie ze stanem gruntów i wód, i tak był w tym nieprzejednany, że gdy Koch ustalił czynnik wywołujący cholerę w postaci określonej bakterii (*Vibrio comma*), Pettenkofer

w ramach wysuwanych kontrargumentów wypił publicznie hodowlę przecinkowca. Co gorsza, nic mu się nie stało (przypuszczalnie cierpiał na nadkwasotę). W ten sposób dalszy rozwój nauki mógł być znowu zahamowany na dłuższe lata.

Te rzeczy zdarzyły się jednak znacznie później. Tymczasem, w połowie XIX wieku, gdy nic o tym jeszcze nie wiedziano, Jacob Henle usiłował przywrócić pojęcie *contagium vivium*, ale został zlekceważony. Przekonanie o istnieniu miazmatów było silniejsze i trwało do czasu wystąpienia Ludwika Pasteura.

Pomiędzy intuicyjnym wystąpieniem Semmelweisa a świadomą działalnością Listera, czyli pomiędzy początkami aseptyki a postępowaniem aseptycznym, nastąpiły odkrycia bakteriologiczne Ludwika Pasteura. To już wiemy.

Pasteur nie był lekarzem, lecz przyrodnikiem i chemikiem. Jego działalność jest wyraźnym potwierdzeniem, jak wiele medycyna zawdzięcza naukom przyrodniczym.

Czy należy ubolewać, że Pasteur nie był lekarzem? Zapewne wprowadziłby od razu wyniki swych odkryć do praktyki klinicznej, ale czy za nim poszliby inni? Jak widzieliśmy, przekonać lekarzy nie było łatwo.

Fakt ten jednak miał pomyślne skutki: Pasteur skoncentrował się nad szczepieniami. Przed nim robił to już angielski lekarz Edward Jenner.

2. Jenner i wakcynacja

Pisząc o Edwardzie Jennerze (1749–1823), cofamy się w czasie i przestrzeni. Jenner działał w Anglii, a główne jego osiągnięcie przypada na wiek XVIII. Był lekarzem wiejskim. To ważny szczegół, bowiem od dziewcząt wiejskich, od dojarek, dowiedział się czegoś, co miało się okazać błogosławione w skutkach: otóż dziewczyny, które zakaziły się ospą od krów, przechodziły ją w łagodny sposób, a potem były już uodpornione na ospę prawdziwą. To było istotne przede wszystkim ze względu na dużą śmiertelność, ale też na urodę. Wśród dziewcząt wiejskich mniej było dziobowatych niż wśród dziewcząt z innych sfer. Jenner zdobył się na odwagę i ropę, pobraną z pęcherzyka kobiety chorej na ospę od krowy, przeniósł na chłopca, a w jakiś czas potem zakaził go świadomie ospą prawdziwą. Chłopiec nie zachorował. Rzeczywiście, nastąpiło uodpornienie.

Swoje osiągnięcie ogłosił w 1798 roku. Od słowa *vacca*, czyli krowa, nazwał ten zabieg wakcynacją, w przeciwieństwie do wariolizacji, czyli szczepienia prawdziwą ospą. Ten ostatni zabieg był znany, ale obciążony zbytnią śmiertelnością. Pisał w swoich wspomnieniach cytowany już Ambroży Grabowski:

> „Dawniej, aż do wieku XIX, wszyscy odbywali ospę naturalną – taką ja i ś.p. żona moja odbyła i na obojgu nas ślady na twarzach od tej choroby pozostały. Bardzo wiele dzieci, bo prawie połowa, marło na ospę, i wiele utracało wzrok. Na początku wieku bieżącego zaprowadzili w Krakowie Austriacy szczepienie krowianki, także i po wsiach; rządy następne ściśle przestrzegały, aby wszystkie dzieci ospę miały szczepioną, co trwa dotąd (r. 1843).
>
> Prawda, że teraz dzieci na krosty nie umierają, ludność też coraz bardziej wzrasta i pomnaża się, atoli to jeszcze jest problematyczne, czyli vaccina jest dobrodziejstwem dla ludności, bo od czasu upowszechnienia jej zjawiła się i coraz się częstszą staje choroba skrofuliczna, na którą

> mnóstwo dzieci klas dostatniejszych cierpi, o czym za czasów dawniejszych wcale nie było słychać, i może być, że to jest materia ospy naturalnej, która pod postacią skrofułów wojuje. Czas to wyjaśni”[2].

Szczepienie przeciw ospie bardzo się rozpowszechniło, śmiertelność znacznie zmalała. Rządy krajów były zainteresowane szerokim stosowaniem tego zabiegu. Wielkie zasługi w tym miał krakowski prof. Wojciech Boduszyński (1768–1833). Aż dziw, że w sto lat po nim z początkiem 1916 roku wybuchła w Galicji epidemia ospy, która zdziesiątkowała ludność. Do akcji włączyli się lekarze, potem studenci medycyny, wreszcie, po krótkim przeszkoleniu, studenci innych wydziałów. Rektor Kazimierz Kostanecki wystąpił z apelem:

> „Straszna epidemia ospy nawiedziła nasz kraj. Szerząc się z zatrważającą gwałtownością, zagraża mu prawdziwą katastrofą; tysiące ludzi umierają lub pozostają kalekami na całe życie. Ludność nie szczepiona w przeważnej części kraju masowo ulega zarazie. Groza położenia każe myśleć o ratunku i to ratunku bezzwłocznym [...]. W imię miłości ojczystego kraju, w imię miłości ludu naszego odzywając się do młodzieży jestem pewien, iż słowa moje znajdą oddźwięk w jej sercach i że każdy wedle sił i możności z czynną pospieszy pomocą”[3].

Zajęcia przerwano na 6 tygodni, by uczestnicy nie stracili nic w studiach. W ciągu tego czasu zaszczepiono 2 miliony osób. Ospa wygasła we wrześniu 1916 roku.

3. W pracowni Pasteura raz jeszcze

W 1879 roku przeprowadzał Pasteur badania nad kurzą cholerą. Uzyskał w hodowli zarazek, który ją wywoływał. W czasie letnich wakacji w rodzinnym Arbos, dla potwierdzenia tezy zainfekował kury preparatem z hodowli, którą sporządził w Paryżu, czyli jakiś czas temu. Kury nie zachorowały. Rzecz osobliwa, nie zachorowały nawet wtedy, gdy wstrzyknął im całkiem świeży preparat, czyli bardziej żywotny, bardziej wirulentny zarazek. Stały się odporne. A zatem – wyprowadził wniosek – dłuższe przetrzymywanie bakterii albo (jak z czasem to odkryto) działanie na nie środkiem chemicznym (fenol) osłabia ich żywotność. A teraz, gdy dostaną się do żywego ustroju, wywołują odporność. Przypadek? Tak, ale właśnie taki, który natrafił na umysł przygotowany.

Ponieważ poprzednikiem Pasteura w tym działaniu był Jenner, Pasteur na jego cześć i tak jak on nazwał to postępowanie wakcynacją.

Przed Pasteurem stało jeszcze jedno wielkie wyzwanie, które dobrowolnie przyjął na siebie – wścieklizna, choroba występująca u zwierząt i u ludzi, najczęściej widoczna u psów, o nieznanej przyczynie, charakteryzująca się wodowstrętem, od którego też wzięła drugą nazwę. W razie pogryzienia prowadziła nieubłaganie do śmierci w bolesnych konwulsjach. Próby ratowania pokąsanych przez wypalanie ran dawały tylko sporadycznie dobre wyniki.

Pasteur nie miał tu do czynienia z bakteriami, z czego nie zdawał sobie początkowo sprawy, lecz z innym jeszcze nieznanym, z mikrobem. Należało rzecz zbadać eksperymentalnie. Psom laboratoryjnym podawano w iniekcji materiał z padłych na wściekliznę zwierząt. Przebieg był taki sam. Z genialną intuicją przystąpił do dalszego postępowania: wypreparowywał rdzeń,

osuszał go, poddawał zabiegom, sporządzał preparat, który wstrzykiwał psom. A potem je zakażał prawdziwą wścieklizną. Nie zapadały na chorobę. Okazało się, że wirus wędrujący dość wolno wzdłuż szlaków nerwowych do mózgu jest uprzedzony nabytą dzięki szczepieniu odpornością.

Pasteur stanął przed ryzykowną próbą przeniesienia swych wyników na człowieka. Zdawał sobie bowiem sprawę z wielkiej odpowiedzialności: w razie niepowodzenia grozi mu kara, a odkrycie nie wyjdzie poza laboratorium. Przyszedł mu z pomocą przypadek: zrozpaczony ojciec przyprowadził mu pogryzionego przez wściekłego psa syna i wymusił przeprowadzenie pierwszego szczepienia. Chłopiec nazywał się Józef Meister, pochodził z Ville. Eksperyment się udał, chłopiec nie zachorował. Było to w 1885 roku. Ten wynik stał się głośny w świecie. Dzięki temu dziesiątki stacji rozpoczęły produkcję szczepionki przeciw wściekliźnie. Pierwsza stacja zapobiegania wściekliźnie powstała w Warszawie. Jej założyciel Odo Bujwid (1857–1942) wkrótce przeniósł ją do Krakowa.

Pasteur uzyskał subwencje z kraju i zagranicy na budowę instytutu, który pod jego imieniem działa do dziś, a w którym Józef Meister pracował aż do czasu II wojny światowej.

Jubileusz Pasteura w 1892 roku był świętem świata naukowego całej Europy. Nie brakło na nim przedstawicieli z Polski.

4. Robert Koch

Przyszły współtwórca nowoczesnej bakteriologii i epidemiologii urodził się w 1843 roku. Jako młody lekarz, w kilka lat po dyplomie i po zdaniu odpowiednich egzaminów w Berlinie, został lekarzem powiatowym w Wolsztynie w Wielkopolsce. Obarczony ogromną odpowiedzialnością za stan zdrowia 55 tysięcy mieszkańców i stan sanitarny powierzonego mu obszaru, znalazł czas, by podjąć się ustalenia przyczyny panującej wśród zwierząt zarazy zwanej wąglikiem. Zainteresowanie problemem dzielił z nim polski aptekarz J.J. Knechtel. Aptekarz posiadał mikroskop, który udostępnił Kochowi, co wyzwoliło pasję badawczą młodego lekarza, który w wyniku żmudnych zajęć laboratoryjnych wyodrębnił bakterię, którą uznał za przyczynę choroby (*Bacillus anthracis*). Wyizolował ją, wyhodował poza ustrojem i podał zwierzętom, dając dowód, że to ona jest przyczyną zarazy. To odkrycie dawało nadzieję na rozwiązanie zagadki innych chorób epidemicznych, co się ostatecznie stało. Nie udało się Kochowi wyprodukować szczepionki, choć był od tego o krok. Zrobił to potem Pasteur. Przed Kochem stało inne zadanie: gruźlica.

5. Gruźlica

Chorobę cechującą się osłabieniem, wychudzeniem („wysuszeniem"), kaszlem, prowadzącą do śmierci, nazywano suchotami. Występowała głównie wśród proletariatu, ale i wyższe sfery jej ulegały. Dopadała zwłaszcza ludzi w średnim wieku (⅓ zgonów dotyczyła tej grupy chorych). Etiologię choroby wiązano ze

złym odżywianiem, ciasnymi i mrocznymi mieszkaniami, brakiem dostępu słońca i świeżego powietrza. To były trafne spostrzeżenia, ale niewiele mówiące o przyczynie. Lekarze stawiali rozpoznania na podstawie obserwacji i wywiadu. Z czasem dokonano odkryć: w materiale sekcyjnym stwierdzano u chorych zmiany w postaci gruzełków (*tubercula*), co skłoniło lekarzy do przyjęcia dla tej jednostki chorobowej nazwy tuberkuloza, a po polsku gruźlica.

W miarę stosowania nowych metod diagnostycznych można było u chorych na gruźlicę płuc stwierdzić zmiany osłuchiwaniem i opukiwaniem. W dalszym ciągu jednak zagadką była przyczyna choroby. Rozwiązał ją Robert Koch, który odkrył bakterię, nazwaną lasecznikami Kocha. Odkrycie wiązało się z potrzebą przeprowadzenia dowodu, co nie było łatwe, acz Koch zdawał sobie z tego sprawę. Poradził sobie, izolując bakterie, pokonał trudności z ich hodowlą i z barwieniem, a potem infekował nimi zwierzęta laboratoryjne. Uzyskane w materiale sekcyjnym charakterystyczne zmiany były dopiero oczywistym dowodem. Swe badania przedstawił na słynnym zebraniu w Towarzystwie Fizjologicznym w Berlinie w 1882 roku. Potem je opublikował. Przyniosło mu to światową sławę, a w 1905 roku Nagrodę Nobla (5 lat przed śmiercią, a po odkryciu w 1883 r. przecinkowca cholery).

Cóż znaczyło to wielkie odkrycie naukowe w życiu praktycznym? Pozornie niewiele. Próba produkcji szczepionki zwanej tuberkuliną okazała się niewypałem. Prawdziwe osiągnięcia terapeutyczne przyszły dopiero po II wojnie światowej. A jednak zachorowalność na gruźlicę wyraźnie zmalała. Zdano sobie bowiem sprawę z zaraźliwości choroby, wprowadzono

izolację chorych, zwrócono uwagę na higieniczny tryb życia; powstały prewentoria dla dzieci zagrożonych gruźlicą.

Współczesne pokolenie nie zdaje sobie sprawy, czym była gruźlica jeszcze w okresie powojennym. Ileż pochłonęła ofiar. Wśród strat z przeszłości najbliższą sercu polskiemu jest śmierć Fryderyka Chopina w 39. zaledwie roku życia. Cierpieniom św. Teresy poświęcono niedawno całą książkę. Tam znajdujemy świadectwo lekarskie sporządzone na kilka miesięcy przed jej śmiercią:

> „Prawe płuco wypełnione rozmiękającymi guzkami, jest zupełnie stracone. Płuco lewe zajęte w jednej trzeciej dolnej. Bardzo schudła, lecz twarz wciąż przynosi jej honor”[4].

Przykłady można mnożyć. Nic dziwnego, że znalazło to też odbicie w literaturze pięknej: na gruźlicę umiera Mimi w powieści H. Murgera *Sceny z życia cyganerii* (i w operze *Cyganeria* Pucciniego) i Violetta Valery w powieści A. Dumasa-syna *Dama kameliowa* (i w operze Verdiego *Traviata*).

Za tymi odkryciami poszły następne: A. Hansen odkrył w 1873 roku bakterię wywołującą trąd (*Mycobacterium leprae*), A. Neisser w 1879 gonokoki powodujące rzeżączkę, K.J. Ebert w 1880 salmonelle tyfusu, A. Nicolaier w 1884 zarazek tężca (*Clostridium tetani*).

Otwarły się oczy uczonych na świat mikrobów, jako przyczyny chorób o dotąd nieznanej etiologii, które teraz poznano jako choroby zakaźne. Znalazły się wkrótce środki chemiczne, które doskonale niszczyły śmiertelnego wroga. Odtąd w szpitalach zmywano posadzki śmierdzącym, ale za to bakteriobójczym

lizolem, a chirurdzy stosowali sublimat na narzędzia i zakażone rany. Pojawił się jodoform, również jako środek antyseptyczny.

Ale o ile zwalczanie bakterii poza ustrojem nie stanowiło problemu, o tyle ich niszczenie w ustroju zdawało się zagadnieniem nie do pokonania. Przecież zarówno sublimat, jak i jodoform – przekonano się o tym niebawem – nie tylko niszczył tkanki, utrudniając gojenie, ale powodował zatrucia (czasem śmiertelne). Stąd wniosek: nie tędy droga do rozwiązania problemu.

Wiadomo natomiast było, że pewne choroby już przebyte: dżuma, żółta gorączka, ospa naturalna chronią przed powtórnym przebyciem tejże choroby. Wiadomo też było, że sztuczna infekcja ospy (szczepienie) daje uodpornienie, a to samo dotyczyło uodpornienia zwierząt na wąglik i kurzą cholerę.

Tę odporność nazwano „immunitetem"; słowo to miało w przeszłości wiele znaczeń, nam się kojarzy z immunitetem poselskim, a w drugiej połowie XIX wieku wykorzystano je na określenie odporności. Z czasem nową naukę zajmującą się odpornością nazwano immunologią.

Jeśli organizm ma pewną odporność, to znaczy, że w nim jest czynnik, który niszczy bakterie. Czyżby we krwi? To byłby nawrót do teorii humoralnej, co wobec powszechnie przyjętej jako wielkie osiągnięcie teorii komórkowej byłoby cofaniem się w rozwoju nauki. A jednak!

6. Dyfteryt/błonica

Emil Behring (1854–1917) pobrał krew szczurów odpornych na wąglik i surowicą krwi potraktował żywe zarazki wąglika: wszystkie wyginęły. Dalsze jego badania szły w tym kierunku: przedmiotem badań stał się tężec i dyfteria. W 1890 roku opublikował wraz z Japończykiem S. Kitasato rozprawę (miała podobno dwie strony), w której panowie donosili:

> „W naszych, od dłuższego już czasu prowadzonych badaniach nad dyfterytem (Behring) i tężcem (Kitasato), przybliżyliśmy się do problemów leczniczych i odpornościowych, i w obu chorobach zakaźnych udało nam się zarówno wyleczyć zakażone zwierzęta, jak i zdrowe tak usposobić, że później nie zapadały zarówno na dyfterię, jak i na tężec".

Behring był pierwszym lekarzem, który otrzymał Nagrodę Nobla w 1901 roku. Ale surowicę przeciwbłoniczą wprowadził Emil Roux (1853–1933). Był uczniem Pasteura; po jego śmierci przejął Instytut. Do pierwszych jego samodzielnych prac należały badania nad dyfterytem. Znając osiągnięcia Behringa dotyczące wytwarzania antytoksyn przez zwierzęta, zajął się Roux wytwarzaniem surowicy przeciwbłoniczej, co przyniosło ogromny sukces – także finansowy. Za pośrednictwem dziennika „Figaro", donoszącego o sukcesie i potrzebie dalszych badań, zebrano pokaźną sumę, która pozwoliła na rozbudowę Instytutu produkującego surowicę.

7. Kiła

Początkowo wszystkie choroby weneryczne utożsamiano z kiłą. Jednak w XVIII wieku niektórzy lekarze wyraźnie odróżniali

rzeżączkę (*gonorrhoea non gallica*) od kiły (*gonorrhoea gallica*). Stosowali też osobliwe sposoby leczenia: przedłużony *coitus* (ze względu na lecznicze właściwości pochwy), stosunek z dziewicą albo z Murzynką. W 1879 roku pracujący we Wrocławiu A. Neisser odkrył gonokoki rzeżączki, ustalając tym samym przyczynę choroby. Sposób leczenia, do czasu odkrycia sulfonamidów, polegał – z mniejszym lub większym powodzeniem – na przepłukiwaniu środkami bakteriobójczymi.

W leczeniu kiły nadal stosowano rtęć w postaci maści zwanej szaruchą, podawanie doustnie preparatów rtęci – z czasem w postaci wstrzyknięć. Rtęć wywoływała ogromne szkody w narządach miąższowych, ale była jedynym skutecznym środkiem, bo gwajakol, który miał ją zastąpić jako mniej szkodliwy, nie miał równie skutecznego działania. Odkrycie przez F.R. Schaudina i E. Hoffmana (3 V 1905) w osoczu chorego *Treponema pallidum* stało się wielkim wydarzeniem w świecie nauki, ale zrazu nie miało ono większego znaczenia terapeutycznego. Po odkryciach Behringa i jego następców w zakresie immunoterapii i seroterapii nastąpił koniec odkryć na tej drodze. Próby szczepień przeciw kile wprowadzone przez Neissera skończyły się nie tylko niepowodzeniem, ale skandalem, ponieważ świadomie zaszczepił kiłę dwóm młodym prostytutkom, które na to nie wyraziły zgody.

Na tym tle doniesienie Paula Ehrlicha i Sahachiro Haty w 1910 roku o leczniczych właściwościach preparatu (pochodnego arsenu) stały się rewelacją w skali światowej. Preparat otrzymał numer kolejnej próby „606" lub nazwę utworzoną z łacińskiego słowa: *salvo*, *salvare* (uzdrawiam) i arsen, czyli *salvarsan.* Pierwsze próbki przesłał Ehrlich do kliniki prof. Altowi w Uchtspringe w Saksonii.

Tam preparat wypróbowano najpierw na lekarzach, potem na chorych. Efekt był zdumiewający. Ehrlich wysyłał próbki swego preparatu z objaśnieniem sposobu stosowania na cały świat. Również do Polski. Jedno z pierwszych polskich doniesień o stosowaniu przetworu „Ehrlich-Hata 606" dra M. Mondscheina ze Stanisławowa brzmiało:

> „Nowy ten środek ma dwie główne zalety, których brakło dotychczasowemu leczeniu rtęcio-jodowemu. Pierwsza, to nader szybkie, czasem wprost błyskawiczne, bo już w kilku godzinach, dodatnie zadziałanie na przeróżne objawy przymiotu; druga – to bardzo korzystny wpływ na cały ustrój chorego, a więc: lepszy humor, wzmożony, czasem szalony apetyt, a w parze z tym szybkie podniesienie na duchu i ciele. Nie przeczę, że entuzjazm, jaki opanował cały świat po ogłoszeniu pierwszych, nader pomyślnych wyników stosowania tego środka, może wiara w »cudowność« jego, wielką rolę grają we wpływie na psychikę chorego na przymiot, którego często trapią podniecane przez niestosowną lekturę myśli o ewentualnym szkodliwym działaniu kiły na rdzeń i mózg. Nie przeczę temu, ale twierdzę śmiało obok tego, że to podniecenie apetytu i w parze z tym idącej wagi ciała przypisać należy wielkiej zawartości arszeniku"[5].

Mondschein, stary doświadczony praktyk, nie mógł się nadziwić skuteczności nowego środka. Donosił o pierwszych postępach w prowincjonalnym, bądź co bądź, mieście:

> „Dla wytworzenia sobie lepszego obrazu przytoczę kilka historii chorób przed i po wstrzyknięciu:
>
> A.B. zamężna, 35 lat. W marcu 1908 wysypka na całem ciele, miejsca zakażenia znaleźć nie można. Leczona kilkakrotnie w szpitalu wstrzykiwaniami salicylanu rtęci, wewnętrznie jodem, wstrzykiwaniem, 10% jodypiny, piciem rozczynu Zittmanna. Objawy: częste nawroty (co miesiąc, najwyżej dwa) w postaci osutki plamistej, kłykcin w gardle, przy tym zajęcie torebek stawowych ze świdrującymi bólami (*synovitis luetica*),

stały brak apetytu, silne wychudzenie. Chora w ¾ roku po zakażeniu zaczęła dostawać zmian trzeciorzędnych kilaków na skórze całego ciała, dochodzących wielkości dłoni dziecka, a głównie na twarzy, czole, nosie. Mimo wyż przytoczonego nader energicznego leczenia, objawy nie ustępowały.

26 lipca wstrzyknięcie „606" o'4 w oba pośladki. Apetyt na drugi dzień ogromny, bóle w stawach znikły. W następowych dniach wrzody kilakowe na czole, naciekłe blizny po kilakach powoli znikały, zmniejszały się, a do 12 dni zupełnie znikły. Białko w moczu po 2 tygodniach zaczęło się zmniejszać, tak, iż w 2 miesiące po wstrzyknięciu zupełnie znikło. Chora, przed tygodniem zupełnie wyleczona, bardzo dobrze wyglądająca opuściła szpital"[6].

Po osiągnięciach Ehrlicha, odkryciu salvarsanu przeciw krętkom bladym i dalszych chemoterapeutyków przeciw protozoom wywołującym śpiączkę afrykańską zdawało się, że na tej drodze nie uzyska się już więcej. I rzeczywiście dalsze lata nie przyniosły nowych odkryć. Sensacją stało się dopiero okrycie w 1935 roku przez Gerharda Domagka (1895–1964) nowego preparatu: prontosilu. Badania laboratoryjne dawały znakomite efekty, ale czekała go najważniejsza próba: zastosowanie u człowieka. Podobnie jak w przypadku Pasteura, stało się to wymogiem chwili: chłopiec z ropniem palca i wysoką gorączką. Pierwsza próba na człowieku jest zawsze wielkim ryzykiem. Ale i tym razem się powiodło.

Prontosil był pierwszym z sulfonamidów – leków, które nie działają bakteriobójczo, ale bakteriostatycznie, hamując rozwój bakterii. Staną się one nieocenione w takich przypadkach, jak: zapalenie płuc, zapalenie opon mózgowych, zapalenie otrzewnej, choroby dróg moczowych.

Spójrzmy na to osiągnięcie oczami młodego lekarza odbywającego przeddyplomową praktykę:

> „Poznawałem też i niedostatki naszego zawodu. Szczególnie boleśnie utrwaliła mi się w pamięci śmierć jedynej córki jednego z mieszkańców Zamościa. Przybyła do szpitala z objawami ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. Po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono duże ilości wysięku ropnego. Doświadczony doktor Onyszkiewicz rozpoznał pneumokokowe zapalenie otrzewnej, wywołane bakteriami zapalenia płuc. Rokowanie było fatalne. Przemycie w trakcie zabiegu otrzewnej płynem fizjologicznym i eterem oraz podawanie chininy, jakoby działającej bakteriobójczo na pneumokoki, okazało się bezskuteczne. Wystarczyłoby mieć wówczas fiolkę penicyliny, ale tej jeszcze nie było. Ze współczucia dla zrozpaczonej rodziny trwałem przy tym dziecku do samej jego śmierci. Słuchałem niknących tonów serca, odgłosów zamierającego życia, aż do momentu gdy ostatni raz zabiło”[7].

I inne doświadczenie z tych samych niemal czasów:

> „Szpital prowadził oddział zakaźny. Wśród leczonych tam chorych był jeden wyjątkowo nieprzychylnie przebiegający przypadek róży twarzy. Ówczesne prymitywne leczenie, polegające na przykładaniu do zaognionych miejsc skóry opatrunków, najczęściej z maści ichtiolowej, czy nacinaniu ropni tworzących się w tkance podskórnej nie dawało rezultatów. Stan chorego był po prostu beznadziejny. I właśnie wtedy odwiedził lekarzy szpitala przedstawiciel firmy produkującej jeden z pierwszych sulfonamidów – antystreptynę. Wyczytaliśmy w prospekcie (w oficjalnej prasie lekarskiej nie było jeszcze wzmianki o tym leku), że jej działania obejmują – jak głosiła reklama – wiele schorzeń zakaźnych. Otrzymaną próbkę, dosłownie jedną fiolkę zawierającą dziesięć czy dwadzieścia tabletek, podano choremu. I o dziwo – na oczach prawie ustępowały objawy choroby. Już na drugi dzień po podaniu pierwszych trzech tabletek temperatura spadła do normy. Błyskawicznie znikały czerwone, nabrzmiałe ogniska zapalne skóry. Stan chorego poprawiał się. Nastąpiło wyzdrowienie. Doprawdy cudowny był wpływ sulfonamidu na

> organizm chorego, nie skażony jeszcze żadnymi preparatami bakteriostatycznymi”[8].

Niestety, później było już coraz gorzej. Pewne bakterie uodporniły się na działanie sulfonamidów.

Pasteur i inni mikrobiolodzy zauważyli, że produkty pewnych bakterii są szkodliwe dla innych. W przeciwieństwie do symbiozy nazwali to zjawisko antybiozą, ale problemem się nie zajęli.

Jest bezsporną zasługą Aleksandra Fleminga (1881–1955) spostrzeżenie, że w hodowli pewne pleśnie (*Penicillium notatum*) hamują rozwój bakterii. Pożywkę, na której się rozwijały, nazwał penicyliną. Te obserwacjeopublikował w 1929 roku. Badania nie poszły jednak w tym kierunku; zbyt duża była fascynacja sulfonamidami i stojącymi przed nimi możliwościami. Dopiero patolog Howard Walter Florey i biochemik Ernst Boris Chain pracujący nad antagonistami bakteryjnymi w Oksfordzie natrafili na publikację Fleminga. Rozpoczęte w 1939 roku prace przyniosły już rok później osiągnięcia eksperymentalne na zwierzętach. W 1940 roku opublikowano w „Lancecie” doniesienie zaczynające się od zdania: „W ubiegłych latach zainteresowanie skoncentrowało się na działaniu chemoterapeutycznym sulfonamidów i ich pochodnych. Istnieją jednak inne możliwości z produktami pochodzenia naturalnego”.

Przypomniano sobie o Flemingu, którego badania dopiero wtedy spotkały się z należytym uznaniem. W następnym roku uzyskano pierwsze wyniki u ludzi.

Wciągnięcie Anglii do wojny zmusiło do podjęcia produkcji penicyliny na skalę przemysłową. Okazała się ona orężem w walce

zbrojnej i dlatego jej odkrycie utrzymywano w tajemnicy. Dopiero po wojnie stała się głośnym osiągnięciem międzynarodowym.

Za nią poszły odkrycia dalszych antybiotyków.

Przypisy

[1] A. Grabowski, *Wspomnienia*, Kraków 1909, Biblioteka Krakowska nr 40–41, t. I, s. 111.

[2] Tamże, s. 310.

[3] U. Perkowska, *Uniwersytet Jagielloński w latach I wojny światowej*, Universitas, Kraków 1990, s. 71.

[4] G. Gaucher, *Agonia Teresy*, tłum. A. Bartosz, Kairos, Kraków 1999, s. 87.

[5] M. Mondschein, *Przetwór „Ehrich-Hata 606”*, „Przegląd Lekarski” 1910, nr 49, s. 618.

[6] Tamże, s. 619.

[7] S. Haduch, *W służbie Eskulapa*, Wyd. MON, Warszawa 1986, s. 41.

[8] Tamże, s. 39.

Świat wiąże bohaterstwo z generałami, chociaż za generałów giną prości żołnierze. Czy prawdziwym bohaterstwem nie jest walka z nieznanym wrogiem dla dobra innych? Przypatrzcie się Pasteurowi eksperymentującemu z wściekłym psem, w chwili, gdy w razie zakażenia, nie miał szans na ujście z życiem. Czy to nie bohaterstwo?

W Krakowie mamy aleję francuskiego generała Ferdynanda Focha, a nie mamy ulicy francuskiego dobroczyńcy ludzkości Ludwika

Pasteura.

[...] Właśnie w tym czasie zaczął Pasteur nie wiadomo dlaczego robić doświadczenia z wsuwaniem szklanych rurek do pysków wściekłych psów. Gdy dwaj pomocnicy, drżąc z przerażenia, trzymali obie szczęki buldoga chorego na wściekliznę, Pasteur odważał się tak bardzo zbliżać do pyska zwierzęcia, że nieledwie dotykał go swą brodą. Często opryskiwany niebezpieczną śliną brał na rurkę nieco piany, by badając ją pod mikroskopem szukać mikrobów wścieklizny. W tej chwili chętnie zapomniałbym o wszelkiej bladze i przesadzie, która niekiedy cechowała Pasteura. Bo owe szare oczy zaglądające bez zmrużenia powiek do otwartej paszczy wściekłego psa – to już nie poza!

Czemu Pasteur nagle zajął się właśnie mikrobem wścieklizny? Pozostanie to zagadką. Istniało przecież więcej niż pół tuzina niebezpiecznych chorób, których wykrycie było pilniejsze w danej chwili. Niektóre epidemie panujące wówczas zabijały więcej ludzi niż ukąszenie wściekłego psa, a przy tym badanie i poszukiwanie tamtych bakterii nie było nawet w połowie tak niebezpieczne jak badanie wścieklizny.

Należy przypuszczać, że to właśnie ów poeta i fantasta, tkwiący w osobie Pasteura, kazał mu zająć się tymi badaniami.

Pasteur miał zwyczaj mawiać:

– Przez całe życie prześladują mnie krzyki bólu chłopca ugryzionego

przez wściekłego wilka za czasów mego dzieciństwa w Arbois.

Pasteur pamiętał doskonale, że jeszcze niespełna wiek temu musiano wydać we Francji specjalne przepisy prawne, zabraniające

strzelania i trucia nieszczęśliwych, dotkniętych straszną chorobą wścieklizny. Uważał więc za najszczytniejsze zadanie wyzwolenie ludzkości od tego beznadziejnego cierpienia.

P. de Kruif, *Łowcy mikrobów*, tłum. K. Beylin, Warszawa 1956, s. 144

XXII. Doktrynerzy

Jak można uzasadnić skuteczność działania medycyny na przestrzeni stuleci stosującej środki lecznicze, o których nieskuteczności dziś już wiemy? Nietrudno zauważyć, że niektóre choroby „leczą się same”. Tak też było w większości przypadków. Dochodziło do samowyleczenia z „pomocą lekarską”. A to było możliwe nawet przy stosowaniu środków całkiem bezsensownych. Środek podany w momencie przesilenia choroby utwierdzał w przekonaniu o jego skuteczności.

LAUSANNE. — GRANDE SALLE DU CASINO.

MAGNÉTISME

MARDI 9 Juin 1857, à 8 heures et quart du soir.

E. ALLIX

PROFESSEUR DE MAGNÉTISME ET MEMBRE DE PLUSIEURS SOCIÉTÉS SAVANTES

DONNERA UNE

SÉANCE DE MAGNÉTISME

dans laquelle il démontrera de la manière la plus concluante l'existence du principe MESMÉRIEN et son action sur l'organisme humain. — Outre l'attrait qu'offrent aux hommes de science les séances de M. ALLIX, elles font aussi une large part à la curiosité du public en général.

PROGRAMME

Sommeil instantané. Effets divers de paralysie, de catalepsie partielle ou complète, d'attraction partielle ou générale.

EFFETS PHRÉNO-MAGNÉTIQUES, ou confirmation du système de Gall, par la manifestation de quelques-unes des facultés cérébrales excitées magnétiquement.

EXTASE MUSICALE, phénomène pendant lequel la surexcitation du système nerveux et l'exaltation des facultés intellectuelles atteignent leur apogée. La pupille, considérablement dilatée, est sans vision et tout à fait insensible à l'action de la lumière.

INSENSIBILITÉ AUX DOULEURS PHYSIQUES et RÉVEIL INSTANTANÉ, en maintenant l'état de catalepsie partielle et l'insensibilité.

Afin de prouver que le sommeil magnétique n'est pas nécessaire à l'obtention des effets du magnétisme, M. ALLIX produira, pendant l'état de veille, un grand nombre de phénomènes physiologiques dus à l'action du fluide nerveux.

Transfusion de la puissance magnétique en autrui, ou effets qui tendent à prouver que le magnétiseur a le pouvoir de transmettre momentanément sa propre puissance à une autre personne.

PRIX DU BILLET, 2 FR. — PLACES RÉSERVÉES, 3 FR.

On se procure des billets d'avance à la Librairie anglaise; au magasin de musique de M. Hoffmann; à la librairie Vedel, place St-François, et chez Mme Delavaux, rue St-Pierre.

COURS DE MAGNÉTISME EN 10 LEÇONS

On s'inscrit chez M. ALLIX, Hôtel du Raisin, Place de la Palud. — Les personnes qui désireraient être magnétisées ou avoir de M. ALLIX des renseignements sur le magnétisme, sont prévenues qu'il reçoit tous les jours, de midi à 4 heures.

Séances particulières et à domicile pour les familles, sociétés, cercles, pensions, etc.

Zaproszenie na pokaz i kursy „magnetyzmu zwierzęcego".

Prawdziwa skuteczność lekarskiego działania odnosiła się do dietetyki (w szerokim znaczeniu), a przy stosowaniu niezwykle długich, wieloskładnikowych recept, zdarzało się, że spośród wielu jeden z czynników wywierał pożądany efekt terapeutyczny. Ocena skuteczności jakiegokolwiek środka była trudna, ponieważ diagnozowanie opierało się na objawach (gorączka, wymioty, biegunka, upławy), a nie na przyczynie chorób.

W miarę rozpoznawania poszczególnych chorób stawało się możliwe określanie w pewnych przypadkach skuteczności odpowiednich leków. Ale to są już czasy najnowsze.

Na przełomie tych dwóch epok, kiedy już wiedziano, że dotychczasowa konstrukcja myślowa, dotychczasowy paradygmat i oparte na nim leczenie nie są prawdziwe, a nie powstał jeszcze nowy arsenał środków terapeutycznych, pojawiły się nowe teorie i wynikające z nich nowe sposoby leczenia. Ich autorów nazwano doktrynerami.

1. Brownianizm

Haller nie zbudował nowego systemu medycyny. Nie uważał tego za swoje zadanie. Natomiast naukę Hallera wykorzystał Szkot John Brown (1736–1788). Jego zdaniem cechę pobudliwości (*excitabilitas*) mają wszystkie istoty żyjące. Życie jest stanem utrzymywanym przez bodźce zewnętrzne (ciepłota ciała, powietrze, jego ruchy, wilgotność etc.) i wewnętrzne (krążenie,

praca mięśni). Stan zdrowia cechuje się równowagą;choroba wynika z braku bodźców (astenia) lub ich nadmiaru (stenia). Leczenie w pierwszym przypadku polega na stosowaniu środków stenizujących, czyli pobudzających (wino, korzenie, mięso), w drugim środków astenizujących, czyli osłabiających (środki napotne i wymiotne, upusty krwi, post). Ponieważ większość chorób to choroby asteniczne (krzywica, blednica, niedowłady, depresje), w arsenale leków Browna przeważały środki pobudzające.

Przy takim uproszczonym rozumieniu zdrowia i choroby żadne wykształcenie medyczne nie było potrzebne. To tłumaczy wielką popularność nowej metody, która przez ćwierć wieku, nawet po śmierci jej twórcy, cieszyła się w całej Europie ogromną sławą. Do dziś pozostaje niezrozumiałe, skąd wziął się wśród społeczeństwa tak wielki entuzjazm dla tego systemu, któremu hołdowali nawet ludzie nauki, wprowadzający naukę Browna do uniwersyteckich wykładów.

2. Brusseizm

Osiągnięcia anatomii patologicznej dla rozwoju medycyny są bezsporne. Decydowały o tym nie tylko sekcje, ale wyprowadzane z nich wnioski. François Broussais (1772–1838) był lekarzem wojsk napoleońskich, a później wykładowcą patologii na paryskim uniwersytecie. Pod wpływem Browna przyjął pojęcia: *irritation*

i *abirritation*. W „podrażnieniu” widział przyczyny wszystkich chorób. Ponieważ wykonywał liczne sekcje, a w tym czasie zejść śmiertelnych z powodu cholery i tyfusu brzusznego było dużo, obserwowane w przewodzie pokarmowym zmiany zapalne przyjmował za wynik podrażnienia. Stan zapalny (*inflammation*) uogólniał się, przechodząc w *gastroenteritis* (*Gastro-Enterite*). Tym tłumaczył wszystkie choroby przebiegające z gorączką (o przyczynach chorób zakaźnych nie miano jeszcze pojęcia), choroby nerwowe i psychiczne.

Leczenie proponowane przez niego miało na celu wzmocnienie sił witalnych organizmu, a do tego miały służyć posty, leczenie dietą, a przede wszystkim upusty krwi, stawianie baniek ciętych i pijawek. A tych potrzeba było tysiące. Francja nie była w stanie dostarczyć odpowiedniej ilości pijawek, stąd potrzebny był import – również z Polski. Rozwinęła się też hodowla pijawek. Mówiono, że Broussais przelał najwięcej po Robespierze krwi we Francji.

Metoda Broussaisa znalazła tylu zwolenników, co i przeciwników. W podejmowaniu takich prób nieszczęściem jest pewność siebie i apodyktyczność twórców nowych teorii, bo uniemożliwia obiektywizm spojrzenia i bezstronną ocenę. Zrobili to za niego inni, udowadniając, że śmiertelność na oddziałach Broussaisa była większa, niż gdzie indziej. Broussais z czasem wycofał się z działalności klinicznej.

3. Mesmeryzm

Rozwój fizyki, zwłaszcza nauki o magnetyzmie, stał się dla Franciszka Antoniego Mesmera (1734–1815) inspiracją do szukania nowej koncepcji zdrowia i choroby. Przez analogię do magnetyzmu występującego w przyrodzie nieożywionej, w niektórych minerałach, wysnuł wnioski o istnieniu w organizmach żywych „magnetyzmu zwierzęcego". Fluidem nazwał czynnik, który przez nerwy rytmicznie pobudza mięśnie. Przez to ciecze organizmu mogą swobodnie krążyć i utrzymywać organizm przy życiu. Wszelkie zaburzenie tej cyrkulacji przejawia się chorobą. Przywrócenie prawidłowego obiegu jest możliwe dzięki magnetyzmowi zwierzęcemu.

Spektakularne uzdrowienie cierpiącej na artretyzm 29-letniej pacjentki w 1774 roku nastąpiło przy użyciu trzech magnesów. Później zaniechał stosowania magnesów i sam działał jako magnetyzer: albo bezpośrednio oddziaływał na pacjenta przez dotykanie lub powłóczenie ręką (*passe*), albo przez ciała namagnetyzowane (woda). W ten sposób następowało pobudzanie lub uspokajanie fluidów w organizmie i chory wracał do zdrowia.

W 1778 roku Mesmer przeniósł się do Paryża, w którym cieszył się wielkim powodzeniem, a jego salon wypełniony był gośćmi-pacjentami od rana do nocy. Król zainteresował się nową metodą i powołał specjalną komisję do zbadania magnetycznych fluidów. Komisja doszła do wniosku, iż owszem, dochodzi nieraz do uzdrowienia, ale siłami organizmu, a nie wskutek działania magnetyzmu. I zdawało się, że na tym problem się zakończy, tymczasem wcale tak się nie stało. Problem jest otwarty do dziś.

Czy Mesmer działał hipnozą, jak można przypuszczać na podstawie pewnych źródeł? Wtedy należałoby uznać go za

pioniera w tym zakresie, wyprzedzającego badania J.M. Charcota. Jeśli oddziaływał sugestią, to byłby pionierem psychoterapii, poprzednikiem Zygmunta Freuda. Dzisiejsi zwolennicy bioenergoterapii również nawiązują do niego. Na pewno miał duży wpływ na rozwój parapsychologii. H. Schott, który jest znawcą przedmiotu, pisze:

> „Ocena Mesmera jako dwuznacznej postaci, jako romantycznego szaleńca, komicznego magika lub w ogóle jako szarlatana, w ciągu ostatnich dziesięcioleci, dzięki badaniom historycznym, uległa całkowitej zmianie. W historii medycyny psychosomatycznej, która ciągnie się od tradycyjnego magnetyzmu uzdrawiającego do nowoczesnej psychoterapii, Mesmer staje się dziś pośrednikiem pomiędzy Paracelsusem a Freudem”[1].

W literaturze polskiej mamy ślad mesmeryzmu w tytule komedii A. Fredry: *Śluby panieńskie, czyli Magnetyzm serca*. Ale w światowej literaturze pięknej pozostał ślad daleko większy w twórczości E.T.A. Hoffmanna, H. von Kleista, E.A. Poego, A. Kubina i T. Manna.

4. Homeopatia

Ze wszystkich doktryn, które narodziły się na przełomie XVIII i XIX wieku, homeopatia ma żywot najdłuższy, bo trwa już nieprzerwanie 200 lat. I wcale nie zanosi się, by miała zejść z pola widzenia. Twórcą jej był Samuel Hahnemann (1755–1843), który wystąpił w 1796 roku z nową teorią, przedstawioną następnie

w dziele *Organon der rationellen Heilkunde* (1810). Tytuł był o tyle prowokujący, że nawiązywał do Bacona (*Novum Organon*), a nawet samego Arystotelesa. A co miało znaczyć pojęcie „racjonalnego lecznictwa"? Czyżby dotychczasowe lecznictwo nie było racjonalne? A tak właśnie rozumiał je Hahnemann.

Punktem wyjścia była panująca wówczas teoria witalistyczna, będąca przeciwstawieniem teorii mechanistycznej.

> „Występowanie objawów chorobowych jest wynikiem rozstroju siły żywotnej – siły witalnej, która jest niewidzialna i jest obecna w każdym organizmie. Siła ta wzbogaca ciało i ducha w możliwości, które są niezbędne do regulowania wszystkich procesów życiowych i do podtrzymywania samego życia. Jego zdaniem istnieje siła niematerialna, która ożywia materialny organizm"[2].

Zaczęło się od obserwacji na samym sobie. Hahnemann, tłumacząc dzieło z zakresu farmakognozji (dorabiał tłumaczeniami), postanowił sprawdzić na samym sobie działanie chininy, która była stosowana jako środek przeciwgorączkowy. Tymczasem on sam po zażyciu chininy dostał gorączki. Wyprowadził stąd wniosek, że skuteczny w leczeniu choroby jest lek wywołujący podobne, jak sama choroba objawy. Nazwał to, używając greckich terminów: *hómoios* – podobny i *páthos* – cierpienie, a stąd nazwa dla tej doktryny: homeopatia.

Tak powstała pierwsza zasada homeopatii: *Similia similibus curantur*. Zatem postępowanie całkiem odmienne od tego, które stosowano od starożytności aż dotąd, czyli leczenie środkami przeciwnymi: *Contraria contrariis curantur*. To postępowanie nazwał Hahnemann znowu z grecka: *allopátheia*, czyli alopatia (allopatia). Tak nazwał całą „starą" medycynę, do której – jak twierdził – stracił zaufanie.

Choroba jest wyrazem osłabienia sił żywotnych organizmu, a zadaniem leku jest ich wzmocnienie – przez sztuczne wywołanie choroby i podobnych do niej objawów. W ten sposób wzrastają siły odpornościowe organizmu.

Pozostał problem dawkowania i przyrządzania leku. Zastosował rozcieńczanie. Jest to druga zasada homeopatii. Dwie krople leku na 98 kropli alkoholu dawało rozcieńczenie pierwszego stopnia. Dalszych rozcieńczeń mogło być od kilku do kilkunastu. Rozcieńczenie 1:10 nazywa się *decimalis*, 1:100 *centesimalis*. Równocześnie leki są wstrząsane. Tak nabierają jednego z istotnych elementów swego działania.

Jak to się dzieje, że lek w tak słabej dawce może jeszcze działać? Otóż pojawiają się bliżej niesprecyzowane siły dynamiczno-duchowe, które oddziałują leczniczo. Nazywa się to potencjonowaniem.

> „Przy tak zwanych wysokich potencjach, nie znajduje się w preparacie nawet jedna cząsteczka substancji wyjściowej, to znaczy teoretycznie nie ma żadnej materialnej cząsteczki. Zachowana lub zakodowana jest jedynie energia albo inaczej mówiąc wzór (właściwa dla danej substancji wyjściowej informacja). Dzięki tej energii, rozstrojona siła żywotna powraca do harmonii i porządku, co owocuje jako proces zdrowienia”[3].

Homeopatia została szeroko rozpowszechniona w Niemczech, gdzie zyskała prawa na równi z medycyną oficjalną. Dzieło Hahnemanna było wielokrotnie wydawane i miało wiele tłumaczeń. Rękopis ostatniego,przygotowywanego wydania, wdowa sprzedała za grube dolary. Homeopatia rozkrzewiła się poza Europą w Ameryce i Indiach. Nadal ma swoich zwolenników i nadal budzi kontrowersje.

5. Dywagacje na temat historii doktryn

Wokół każdej z przedstawionych doktryn rozegrała się batalia, która wykraczała poza kręgi lekarskie i zarażała, jak epidemia, mniej lub więcej szerokie warstwy społeczne, mające z medycyną naukową niewiele wspólnego. Natomiast ludzie ci byli praktycznymi odbiorcami, zatem pacjentami, leczonymi przez przedstawicieli poszczególnych doktryn, co – według nich – upoważniało ich do zabierania głosu i to w sposób nieuznający sprzeciwu.

W Getyndze w 1802 roku wystąpiły wśród studentów rozruchy pomiędzy zwolennikami brownianizmu i jego przeciwnikami, tak silne, że dopiero oddział kawalerii ściągnięty z Hanoweru zdołał ich uspokoić.

W momencie, gdy Virchow, wielki przeciwnik homeopatii, wygłaszał swe chwytliwe porównanie: „Co z wylanego w Berlinie do Szprewy kufla piwa zostanie przy ujściu do morza?", nie wiedział jeszcze o fermentacji, o enzymach i katalizatorach, a także o ciałach odpornościowych i leczeniu bodźcowym, o witaminach i hormonach. To co piszę, to nie obrona homeopatii, to ostrzeżenie: nie wolno odrzucać *a priori*, jako rzeczy niemożliwych, czegoś, co przez naukę w danym momencie jej rozwoju nie jest znane. Sama nauka, ta najbardziej oficjalna, też nie jest absolutem. Nieraz wprowadzała nas w błąd.

Homeopatia nie złożyła broni do dziś. Zyskuje nawet coraz więcej zwolenników. Ci zaś odsądzają od czci i wiary wszystkich

przeciwników homeopatii i to na przestrzeni stulecia. Przeciwnicy natomiast znaleźli swoich sprzymierzeńców nawet wśród duchownych. Dlaczego? Kościół przestrzega przed magią. I słusznie. Odejście od magii zaznaczyło się postępem w medycynie. Ale obawa przed magią nie może być hamulcem w rozwoju medycyny.

W artykule na temat homeopatii ks. Tomasz Jaklewicz pisze: „Kościół nie zajął w kwestii homeopatii oficjalnego stanowiska". Zapytajmy: dlaczego miałby go zajmować, skoro nie zabiera go wobec stosowanych dotąd leków? Bowiem niektórzy przypisują homeopatii działanie magiczne. W bardzo wyważonym artykule na ten temat D. Angutek przyznaje, że „medycyna homeopatyczna ma swoje korzenie w magii pierwotnej, na wiele sposobów opisanej przez antropologów kulturowych". Ale czy coś złego z tego wynika? Medycyna oficjalna też ma swoje korzenie w magii, o czym już pisałem. Istnienie „siły życiowej" (*vis vitalis*) frapowało lekarzy przez wieki. Nic dziwnego, że do tego nurtu filozofii ducha nawiązał Hahnemann, chociaż tego nie wyraził *explicite*.

> „Jeżeli bowiem siła życiowa znajdująca się w istotach żywych pochodzi od Boga, to w pewnym stopniu jest ona z Nim związana istotowo, a to oznacza, że Bóg przenikający świat jest z tym światem przynajmniej w części tożsamy. Z powyższego rozumowania wynika, że homeopatia może akceptować system panteistyczny, a stąd już niedaleko do utożsamiania Boga z siłą życiową w postaci mana"[4].

Otóż może, ale nie musi. Tu każdy może dokonać wyboru i to niezależnie od takiego czy innego rozumienia medycyny i stosowanych środków leczniczych. Słusznie postuluje autorka:

> „Niepotrzebne jest szkalowanie jednych lekarzy w stosunku do innych, ponieważ obie metody leczenia mają wady. Nie tylko zarzuty

> homeopatów wobec alopatów są słuszne, a odnoszą się do wybiórczego leczenia jednego organu i „zatruwania" pozostałych, zdrowych tkanek przepisanym lekiem. Trafne są również zarzuty alopatów, że homeopatia nie leczy pewnych chorób na stałe, lecz tylko uśmierza okresowo symptomy choroby np. malarię, choroby psychiczne. Natomiast alopaci nie powinni krytykować metody homeopatycznej tylko dlatego, że opiera się na odmiennych przesłankach"[5].

A ks. Tomasz Jaklewicz:

> „Nie potrzeba potępiać homeopatii. Najbardziej rozsądne jest zachowanie dystansu. Można zakładać, że istnieją w przyrodzie jakieś mechanizmy, których dziś jeszcze nie znamy [...].
>
> Kościół nie jest od oceniania skuteczności leków. To zadanie naukowców. Skoro jednak efektywność i zasady homeopatii są przedmiotem kontrowersji wśród lekarzy i farmaceutów, to nasuwają się również etyczne wątpliwości"[6].

Otóż to. Gdyby w ogóle efektywność i zasady lekarskiego postępowania przestały być przedmiotem kontrowersji, nie byłyby potrzebne kongresy, sympozja, zjazdy, w ogóle twórczość naukowa, a podręczniki terapii medycznej sprzed I wojny światowej byłyby ciągle aktualne, jak podręczniki anatomii. Nauka rozwija się w wyniku kontrowersji. Tak wygląda szukanie prawdy. Otwierając drogę dla medycyny niekonwencjonalnej, otwieramy zarazem drogę do możliwości szalbierstwa. To prawda. Ale – z drugiej strony – ileż to razy byliśmy i jesteśmy oszukiwani prawnymi przepisami przez wytwórców środków farmaceutycznych i kosmetycznych. Co jakiś czas pojawiają się nowe preparaty na nasze dolegliwości: w wyniku nowych odkryć czy w wyniku nowych kompilacji? Dlaczego znikają leki tanie, a pojawiają się te same leki w droższych postaciach? Środkom homeopatycznym zarzuca się, że są dostępne bez wskazań

lekarskich, a przecież podobnie jest z lekami reklamowanymi w radiu i telewizji.

Jakie jest wyjście? Zdawałoby się, że sprawa jest łatwa do rozwiązania, a kryterium winna być skuteczność leczenia. Otóż nie jest to problem tak łatwy, jak to sugerują niektóre wypowiedzi w mass mediach, bo wiąże się z odpowiedzialnością lekarza za zdrowie i życie chorego. Wprowadzanie nowego leku w miejsce stosowanego do tej pory jest zawsze eksperymentem na człowieku. Ale też istnieje niebezpieczeństwo przeoczenia nowych możliwości leczniczych.

Nie homeopatia jest problemem, ale problemem jest to co nieznane, zwłaszcza jeśli to *coś* czasem jest skuteczne w działaniu. Może tak jak w medycynie średniowiecznej, o której nie bez powodu przypomnieliśmy na wstępie? Może jeden z nowych czynników jeszcze nieznanych? Może sugestia? Niezgłębione możliwości kryją się za wewnętrznym przekonaniem chorego, za jego wiarą. Po uzdrowieniu kobiety z krwotokiem Chrystus mógłby powiedzieć:

– Uzdrowiłem cię!

A mówi:

– Wiara twoja cię uzdrowiła!

I taka widocznie jest prawda.

Zwalczającym się gałęziom przemysłu farmaceutycznego udało się wciągnąć do rozgrywki teologów. Bardzo to nieroztropne. Kościół ma już za sobą bolesne doświadczenie zaangażowania

swego autorytetu w nauki przyrodnicze po odkryciach Kopernikach i badaniach Galileusza, co znalazło swój finał dopiero w naszych czasach. Na krakowskim podwórku mamy żałosne doświadczenie ks. Pixi, który w książce *O krzyczącej niedorzeczności i strasznej szkodliwości szczepienia ospy* (Kraków 1902) wystąpił jako przeciwnik szczepień przeciw ospie, a to one w sto lat później doprowadziły do likwidacji tej choroby w skali światowej. Natomiast przed teologami, ściślej przed duchownymi i to duchownymi „pierwszego frontu", nakreślił Jan Paweł II nowe zadanie. W encyklice *Evangelium vitae* (II, 47) czytamy:

> „Misja Jezusa i liczne dokonane przezeń uzdrowienia pokazują, jak bardzo Bóg troszczy się także o cielesne życie człowieka. Jako »lekarz ciała i ducha«, Jezus został posłany przez Ojca, aby głosił nowinę ubogim i opatrywał rany serc złamanych. Z kolei On sam, rozsyłając w świat swoich uczniów, powierza im misję, w której głoszenie Ewangelii łączy się z uzdrawianiem chorych: »Idźcie i głoście: *Bliskie już jest królestwo niebieskie. Uzdrawiajcie chorych, wskrzeszajcie umarłych, oczyszczajcie trędowatych, wypędzajcie złe duchy*«".

Życie cielesne w swojej ziemskiej kondycji bez wątpienia nie jest dla wierzącego wartością absolutną, podobnie jak jego zdrowie, ale jest darem mu powierzonym, o który ma się troszczyć; on sam, jak i jego bliźni, czyli Kościół, w którym żyje. Troska Kościoła „o cielesne życie człowieka" wyraziła się w posłudze chorym i w powołaniu zakonów temu celowi służących. O tym można pisać tomy. Ale, zważmy, medycyna czasów średniowiecznych była medycyną objawową, leczącą skutki, a nie przyczyny. Medycyna nowych czasów zna już przyczyny wielu chorób i staje się po części medycyną wyprzedzającą, profilaktyczną i medycyną zdrowego człowieka. I tu wychowawcza rola duchowieństwa może okazać się

nieoceniona. Jest to problem moralny. Uświadomienie społeczności ludzi wierzących podstawowych zachowań prozdrowotnych (zakreślonych przez WHO) w aspekcie transcendentalnym może przynieść błogosławione skutki. Powiązanie religii z wymogami zdrowotnymi to nic nowego pod słońcem. Przykładów z medycyny dawnych kultur nie brakuje, na co powyżej staraliśmy się zwrócić uwagę, ale jest dla duszpasterstwa zadaniem całkiem nowym.

6. Od prostej empirii do teorii naukowej

Empirią, według Szumowskiego, nazywa się „dorywcze wykrywanie, mniej więcej na ślepo, związków między działaniem a następstwem. Wybór działania jest uzasadniony, co najwyżej, poprzednim doświadczeniem, nie zaś teorią". Empirią, i niemal wyłącznie empirią, posługiwał się człowiek pierwotny. Pomagały mu w znalezieniu środków zaradczych instynkt oraz daleko bardziej rozwinięta niż dziś u nas intuicja. Ale przede wszystkim sprzyjał mu przypadek, który pozwalał powiązać przyczynę ze skutkiem. Tak rozpoznawał działanie niektórych roślin i wód mineralnych na własnym organizmie.

Aby uzasadnić to działanie, potrzebny był rozwój nauk przyrodniczych, rozwój chemii, chemii analitycznej, farmakognozji i farmakologii, a i tak farmakodynamika niektórych środków roślinnych nie została rozszyfrowana. Chińczycy od wieków stosowali w puchlinie wodnej wywar ze skóry ropuchy. Ileż trzeba

było czekać, by ustalić, że zawiera ona bufaginę działającą moczopędnie i adrenalinę wpływającą na objętość minutową serca oraz wzrost ciśnienia krwi. A salicylany? Ich powiązanie z wierzbą (łac. *salix*, *salicis*) pozostało nadal w nazwie.

Wprowadzone przez Chińczyków hipotetyczne punkty na skórze, których nakłuwanie ma przywracać sprawność krążenia energii, znalazły dopiero w naszych czasach potwierdzenie w badaniach histologicznych i nazwano je biologicznie aktywnymi punktami skóry (BAPS).

A spójrzmy na aspirynę: jest to jeden z najpopularniejszych leków, który został odkryty ponad sto lat temu, ale jego działanie rozgryziono dopiero niedawno.

Do czego prowadzą te rozważania? Nie uciekajmy przed empirią, bo to jest niemożliwe, co więcej może być zgubne. Można przegapić trafne spostrzeżenie; w historii medycyny działo się tak wielokrotnie.

Herodot zauważył pewne powiązanie pomiędzy dżumą a szczurami. Gdyby nie zlekceważono tej obserwacji, nie szukano by przyczyn w powietrzu. Próby jego „oczyszczania" nie przyniosły żadnego efektu. Walka ze szczurami dałaby efekt zauważalny.

Varro (I w. przed Chr.) wobec trapiącej Rzymian malarii wysnuł przypuszczenie, nieuzasadnione, ale genialne w założeniu: „Na wilgotnych miejscach żyją całkiem małe zwierzątka, których nie można dostrzec okiem, a które przez powietrze, usta i nos dostają się do ciała i wywołują ciężkie choroby".

Skuteczność izolacji trędowatych znaną w Izraelu zastosowano w średniowieczu z pomyślnym skutkiem. Próba zastosowania

izolacji wobec chorych na AIDS w XX wieku nie znalazła społecznej akceptacji. Mamy co mamy.

Spopularyzowanie szczepienia „krowianką" przeciw ospie przez Jennera nie miało żadnego naukowego uzasadnienia – poza czystą empirią. A uratowano w ten sposób setki i tysiące istnień ludzkich przed niechybną śmiercią.

Podobnie w przypadku Pasteura i jego szczepień ochronnych przeciw wściekliźnie. Żądano od niego uzasadnienia naukowego, które przyszło dopiero z rozwojem immunologii i wirusologii. Na szczęście dla setek pogryzionych i tak szczepienie wprowadzono.

A Semmelweis, który walczył o czyste ręce przy odbieraniu porodów? Nie miał żadnego uzasadnienia, a jednak szkoda, że mu nie uwierzono. Podobnie gdyby przypuszczenia prowincjonalnego lekarza z Marienbadu Heidlera i jego rozprawę *Die epidemische Cholera* potraktowano poważnie, znacznie wcześniej położono by tamę tej epidemii.

Stary Brodowicz pisał, że szacunek dla przeszłości ma chronić lekarzy „od śmiesznego zarozumienia, jakoby od ich kroków rozpoczynał się olbrzymi postęp w naszej sztuce". A Aschner nie bez racji twierdził:

> „W patologii i terapii humoralnej starożytnych mieszczą się skarby doświadczenia, które medycyna 100 lat temu lekkomyślnie i dobrowolnie wyrzuciła przez okno. Historia medycyny winna teraz to wszystko z mroków przeszłości wydobyć i w ten sposób bieżącą medycynę wzbogacić"[7].

Empiria wyprzedzała i ciągle wyprzedza naukowe uzasadnienie. Nie bądźmy tym zaskoczeni. Medycyna z większą lub mniejszą

skutecznością swego działania trwa tysiące lat, medycyna oparta na nauce zaledwie dwieście.

Uzasadnienie naukowe uwarunkowane było rozwojem nauk podstawowych, zrozumieniem praw rządzących organizmem, wreszcie wprowadzeniem instrumentarium, które umożliwiło obiektywność ocen. Jak długotrwały jest to proces, rozważmy na przykładzie nauki o krwi:

– jej znaczenie dla organizmu – znane było ludom pierwotnym i starożytnym

– krążenie – odkryto w XVII wieku

– dostrzeżenie elementów krwi – z rozwojem mikroskopu

– rozróżnienie elementów morfotycznych – w XIX wieku

– poznanie grup krwi – początek XX wieku

– hematologia – druga połowa XX wieku[8].

Przykład całkiem współczesny. Rozmowa z twórcą krioterapii w okulistyce prof. Tadeuszem Krwawiczem.

> „Rozmówca: Jest to charakterystyczne dla kriooftalmologii, że najpierw powstają metody terapeutyczne, a dopiero potem odkrywa się mechanizmy, dobudowuje teorię.
>
> Profesor: Tak, poza kataraktą rzeczywiście tak właśnie było. Ale czy z tego powodu mamy przestać to robić? Poznanie mechanizmów to jest w końcu sprawa wtórna. Ważne jest, żeby leczyć ludzi, to się liczy”[9].

Krakowski psychiatra, prof. Antoni Kępiński, tak uzasadniał w rozmowie ze swym uczniem przyczyny anonimowych lęków niewiadomego pochodzenia:

> „Mówił i tłumaczył mi też, że dlatego trzeba kierować ludzi do psychiatrów przy występowaniu pierwszych objawów »nienormalności«,

że te anomalie psychiczne żłobią w mózgu jakieś koleiny – jeżeli dobrze się wyrażam – i jeżeli taka koleina, skaza tkanek się utrwali fizjologicznie, to czasem już jest nie do uleczenia. A jeżeli nie będzie tej powtarzalności i ten ktoś zacznie rozładowywać swoje napięcia, to taka skaza komórek nerwowych się nie wytworzy”[10].

Jest to, rzecz jasna, bardzo hipotetyczne twierdzenie, z czego musiał sobie zdawać sprawę wybitny uczony, ale jego udowodnienie czy uzasadnienie naukowe nastąpi kiedyś, być może za kolejne sto lat. Zatem nic nowego pod słońcem.

Pisał Haller o swym wielkim mistrzu Boerhaave, że w wykładach rzucał hipotezy, które często „służą jako mosty sięgające bardzo odległej prawdy, do której doświadczenie jeszcze nie ma dostępu”.

I tak jest nadal. Historia uczy pokory.

Przypisy

[1] H. Schott, *Die magnetische Heilmethode mit wissenschaftlichem Anspruch*, [w:] *Meilensteine der Medizin*, Hrg. H. Schott, Harenberg Verlag, Dortmund 1996, s. 257.

[2] K. Schwabe, *Zarys podstaw homeopatii*, 2001, s. 2.

[3] Tamże, s. 3.

[4] D. Angutek, *Medycyna homeopatyczna a magia*, „Medycyna nowożytna” t. XIV, z. 1–2, s. 39.

[5] Tamże, s. 40.

[6] T. Jaklewicz, *Homeopatyczny zgryz*, „Gość niedzielny” 2009, nr 37, s. 42.

[7] Cyt. za: W. Szumowski, *Historia medycyny*..., s. 652.

[8] K. Zajusz, *Wybrane zagadnienia z historii medycyny*, Katowice 1982, s. 6–7.

[9] *Mróz ujarzmiony. Rozmowa z profesorem Tadeuszem Krwawiczem*, [w:] J. Żakowski, *Rozmowy z lekarzami*, MAW, Warszawa 1987, s. 58.

[10] A. Kokoszka, *Jak pomagał i leczył profesor Antoni Kępiński*, Medycyna Praktyczna, Kraków 1999, s. 70.

XXIII. Lekarz dziś

Każdego, kto prześledzi medycynę w jej rozwoju, musi zdumiewać zawarta w niej jedność dwoistości: z jednej strony niezwykła zmienność w stosowaniu metod leczniczych i aparatury diagnostycznej zauważalna w ciągu jednego pokolenia, a z drugiej aktualność twierdzeń i obserwacji sprzed tysięcy lat. Co prawda, przez całe stulecia zakres środków leczniczych nie ulegał zmianie, choć z odkryciem Ameryki przyszły nowe leki roślinne i rozpoczęło się poszukiwanie niewykorzystanych dotąd surowców, jednak dopiero wprowadzenie środków chemicznych wzbogaciło arsenał możliwości terapeutycznych, a rozwój przemysłu farmaceutycznego spowodował lawinowy wzrost ilości leków. I tak będzie nadal. Anegdotycznie, ale prawdziwie, brzmi to, co powiedział, niemal przed stu laty, jeden z profesorów na zakończenie wykładów:

> „Panowie [pań jeszcze wówczas w tym towarzystwie nie widywało się], powiedziałem wam wszystko zgodnie z moją najlepszą wiedzą i dziękuję wam, że zechcieliście tego wysłuchać, ale za dwadzieścia lat połowa

z tego okaże się nieprawdziwa albo przestarzała. Sęk w tym, że nie potrafię powiedzieć, która to będzie połowa”[1].

To dyktuje nauka. Ale nauka nauką, a chory potrzebuje lekarza. I tu zdajemy się dotykać czegoś, co jest niezmiennym i wiecznie aktualnym problemem medycyny: jaki ma być lekarz. Bo, wolno zapytać, czy istnieje jakiś środek terapeutyczny, który mógłby wyzwolić w pacjencie energię, dzięki której będzie on dążył do wyleczenia? Albo jak wykorzystać te możliwości, jakimi jeszcze dysponuje? Jaki czynnik skłoni człowieka zdrowego do zachowania swego zdrowia na najdłuższe lata? Znam tylko jeden czynnik, którego osobiście doświadczyłem: osobowość lekarza.

Operacja w wojskowym szpitalu na Endell Street
Dr L. Garrett, Dr Flora Murray, Dr W.Buckley

Na czym polega osobowość lekarza?

W tym miejscu należy albo złamać pióro, albo napisać traktat. Wyjście pośrednie: przypomnieć, co o tym mówili inni.

Hipokrates, wśród wymagań stawianych adeptom medycyny, na pierwszym miejscu kładł wrodzoną skłonność: „Gdy bowiem natura sama stawia opór, wszystko jest próżne; gdy jednak natura prawdziwie wskazuje drogę studiowania sztuki, prowadzi do najlepszych wyników". To twierdzenie uzupełniał uwagą o odpowiednim wychowaniu, pilności i cierpliwości „na długi czas".

W. Biegański twierdził: „Nie będzie dobrym lekarzem, kto nie jest dobrym człowiekiem". Podobnie T. Billroth: „Tylko dobry człowiek i dobrze wychowany może być dobrym lekarzem". Czy bierzemy to pod uwagę, przyjmując młodego człowieka na studia?

W kodeksie deontologicznym lekarza polskiego znajdujemy następujące przymioty wymagane od lekarza:

– życzliwość, wyrozumiałość, cierpliwość,

– chęć przyniesienia ulgi cierpiącym z pominięciem zysku,

– godność, obowiązkowość, stała chęć dokształcania się,

– dbałość o wygląd i odpowiednie słownictwo[2].

Żadna z tych cech nie jest brana pod uwagę w doborze kandydatów na studia. Rzecz jasna, eliminacja według tych kryteriów nie byłaby łatwa, ale też nie podjęto najmniejszej próby jej wprowadzenia, np. testowania psychologicznego. Wszystkie te cechy miała dawniej zastąpić „postawa ideowo-polityczna" oraz „aktywność społeczna". To już nie obowiązuje, ale skutki trwają do dziś. Co gorsza, cechy, o których mowa, rzadko są wdrażane

w procesie kształcenia przyszłych lekarzy, który powinien być zarazem procesem wychowawczym. Czy nim jest?

1. Lekarz jako wzór postępowania

Istniało niegdyś powiedzenie: *Praesente medico nil nocet* (W obecności lekarza nic nie szkodzi), co złośliwie, choć nie bez racji, przetłumaczono: „Prezenty lekarzowi nie szkodzą". W rzeczywistości odnosiło się to do prozdrowotnego zachowania lekarza, zwłaszcza przy posiłkach. Zważmy: społeczeństwo potrzebuje wzoru postępowania w ogóle i postępowania w odniesieniu do zdrowia. Wzoru tego powinien dostarczać ksiądz, nauczyciel i lekarz. Jaki jest stosunek lekarza do samego siebie? Według badań przeprowadzonych przed kilkudziesięciu laty, 17% lekarzyzdecydowanie nie dba o zdrowie, 23% w czasie choroby postępuje tak, jak nigdy by nie zaleciło tego swoim pacjentom, 22% nie uprawia sportu, a 34% zaniedbuje czynną rekreację, 43% pali nałogowo papierosy. Autorzy badań twierdzą, że środowisku lekarskiemu nie brakuje wiedzy na temat zdrowia ani świadomości ich roli w kształtowaniu postaw prozdrowotnych, ale „te działania będą skuteczne dopiero wówczas, gdy postępowania lekarzy w stosunku do ich własnego zdrowia będzie można uznać za wzorzec godny upowszechnienia i zalecenia"[3]. I mają rację.

A problem wychowania i samowychowania przyszłego lekarza? Nikt z nas nie odpowiada za to, gdzie i kiedy się urodził, ale za to,

co zrobił ze swoim życiem. Ci z rodzin chłopskich i proletariackich osiągają nieraz szczyty, z rodzin profesorskich zaś nie dochodzą do niczego. Bo ta droga wymaga wysiłku. Jeśli studenci wyższych lat używają jeszcze wulgarnych wyrazów, zdradzając tym samym swoje niskie społeczne pochodzenie, to znaczy, że przez lata studiów ograniczali się do zdawania kolokwiów i egzaminów, nie robiąc nic w zakresie samowychowania. Nie powinni byli w ogóle znaleźć się na studiach medycznych.

2. Wzór dla lekarza

Ale zanim lekarz stanie się wzorem, sam musi mieć wzór w osobie mistrza. Dlatego ta relacja ucznia do mistrza jest tak ważna i na przestrzeni całej historii medycyny można ją wykazać: Hipokrates, Galen, Boerhaave, Laënnec i tylu innych. Szkoły: aleksandryjska, montpeliańska, padewska etc. wzrastały wokół wybitnych jednostek. A peregrynacje, tak w starożytności, jak zwłaszcza w renesansie, a i dziś odbywają się również dla poznania osobowości w świecie medycyny. Dlatego wszelkie nowoczesne, audiowizualne formy kształcenia, bezosobowe sprawdziany wiadomości, ograniczające bezpośrednią relację nauczyciela i ucznia, są zgubne dla rozwoju osobowości lekarza.

Wołał kiedyś wielkim głosem J. Miodoński: „Źle się dzieje, jeśli lekarzowi przeszkadzają chorzy!”. A mówił to do lekarzy

zajmujących się nauką. Należy dodać: źle się dzieje, jeśli nauczycielom akademickim przeszkadzają studenci!

3. Inne cechy wymagane od lekarza

Napisaliśmy wyżej o potrzebie spostrzegawczości lekarza, a raczej umiejętności obserwacji; dotyczy ona objawów choroby i ułatwia czy wręcz umożliwia rozpoznanie. Ale widzenie nie może ograniczać się do symptomów choroby. Lekarz musi widzieć samego chorego. A. Majewski nauczył się tego od prof. Witołda Ziembickiego, którego wykłady tak wspomina:

> „Kiedyś tłumaczył studentom, że zanim rozpocznie się kogoś leczyć, należy przed tym dokładnie poznać psychikę człowieka cierpiącego a także, jeżeli to możliwe, i jego rodziny, a nawet bliskich przyjaciół i otoczenia. Poza tym trzeba posiąść umiejętność patrzenia, słuchania, rozumienia i spostrzegania. Do chorych należy podchodzić różnie, to znaczy w zależności od typu psychicznego, do jakiego pacjenta możemy zaliczyć.
>
> – Od tego bowiem zależy, czy pozyskacie zaufanie chorego, czy nie”[4].

Ale zanim lekarz rozpozna chorego, chory rozpoznaje lekarza. Przede wszystkim: widzi go. Dlatego od najdawniejszych czasów przypisywano duże znaczenie do wyglądu lekarza. Nie inaczej jest i dzisiaj. Wśród niedojrzałej psychicznie młodzieży, także medycznej, pojawiają się tendencje do uzurpowania sobie prywatności w sposobie bycia lub ubioru, dlatego do tego problemu należy wrócić raz jeszcze. Socjolodzy twierdzą,

i słusznie, że „ubiór jest komunikatem, nie powinien zatem przekazywać sygnałów sprzecznych z regułami wykonywanego zawodu". A skoro lekarz ma wzbudzać zaufanie chorego swym wyglądem, to sposób ubierania się młodego lekarza nie jest jego prywatną sprawą. Dyrektor szpitala czy ordynator oddziału może w takim przypadku pójść wzorem pewnego dyrektora szkoły, który tylko do czasu tolerował „deficytowego specjalistę", czyli nauczyciela języka angielskiego, w wytartych i dziurawych dżinsach, w podkoszulku w obrazki, co uważano za „osobliwy i kolidujący z godnością ubiór nauczyciela". Gdy tenże przyszedł z kolczykiem w nosie, dyrektor wezwał go na rozmowę. Jej przebieg był mniej więcej taki:

> „Są pewne granice tej prywatności zakreślone obowiązkiem nauczyciela wobec uczniów i obyczajem danego kraju. Kółka w nosie kojarzą się zazwyczaj z subkulturami młodzieżowymi podatnymi na narkotyki i inne używki jak alkohol czy papierosy. Ubierając się jak członek takiej subkultury,propaguje pan na terenie szkoły – chcąc tego czy nie – sposób życia z nią związany. Musi pan zatem zmienić albo styl ubierania się, albo pracę"[5].

Przykład godny polecenia.

Przejawów pozytywnego odniesienia do chorego jest wiele. Wszystkie one sprowadzają się do jednego – do serca lekarza. Temu zagadnieniu H. Gaertner poświęcił cały traktat. Pisze tam za Paracelsusem:

> „Sztuka leczenia ma źródło w sercu [...] Najwyższą wartością jest miłość, to miłość nadaje natchnienie sztuce i bez niej nie można stać się lekarzem. Gadać i słodkie słówka prawić jest sprawą gęby, lecz pomóc i być pożytecznym jest sprawą serca. W sercu staje się lekarz, a pochodzi od Boga, do istoty jego należy naturalne światło doświadczenia. Gdy serce poszukuje wielkiej miłości, nie znajdzie nigdzie większej niż u lekarza"[6].

Zainteresowanie chorym wykazują dziś nie tylko lekarze i pielęgniarki, tradycyjnie związani z chorymi, ale przedstawiciele innych, nieraz odległych dziedzin: psycholodzy, psychoterapeuci, rehabilitanci, socjolodzy, ekonomiści, inżynierowie, fizycy oraz filozofowie i – choć z trudem – teolodzy. A przecież słusznie pisze Z. Domosławski:

> „Nadarza się okazja, ażeby dziś przy pełnym uszanowaniu dla myśli hipokratesowej, więcej uwagi niż dotąd poświęcić nauczaniu Jana Pawła II, nie tylko przy odświętnych okazjach, ale w codziennej działalności wychowawczej i naukowej”[7].

Jak świadczą doroczne sympozja „Ból i cierpienie”, wieloaspektowość spojrzenia na chorego stale wzrasta. Ale to już nie historia, to współczesność, która z historii wyrosła.

Przypisy

[1] *Mróz ujarzmiony. Rozmowa z profesorem Tadeuszem Krwawiczem*, [w:] J. Żakowski, *Rozmowy z lekarzami*, MAW, Warszawa 1987, s. 26.

[2] Por. *Zbiór zasad etyczno-deontologicznych polskiego lekarza*, PTL, Warszawa 1978, *passim*.

[3] T. Gdulewicz, K. Chałas, I. Stańczyk, *Postawy i zachowania wobec własnego zdrowia badanej grupy lekarzy w Polsce*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1987, t. XLII, nr 1, s. 11.

[4] A. Majewski, *Lekarz też człowiek*, Wyd. Morskie, Gdańsk 1980, s. 115.

[5] K. Szewczyk, *Wychować człowieka mądrego. Zarys etyki nauczycielskiej*, WN PWN, Warszawa–Łódź 1998, s. 105.

[6] H. Gaertner, *Serce lekarza*, „Kultura. Oświata. Nauka” 1987, nr 11–12, s. 99.

[7] Z. Domosławski, *Od studenta do profesora. Pół wieku bez mała*, Wyd. Atla 2, Wrocław 2008, s. 151.

XXIV. Zakończenie

1. Podział medycyny

Do połowy XIX wieku medycynę praktyczną stanowiły trzy podstawowe dziedziny: medycyna wewnętrzna, czyli interna; chirurgia, czyli medycyna zewnętrzna i położnictwo.

Chirurgia, uprawiana jako chirurgia cechowa, pod koniec XVIII wieku stała się przedmiotem uniwersyteckim. Odtąd kształciła tzw. chirurgów wyższego rzędu, w odróżnieniu od chirurgów niższego rzędu, czyli chirurgów-rzemieślników, którzy działali jeszcze przez pierwszą połowę XIX wieku, a których przymuszono, by na ławach uniwersyteckich nabierali niejakiego szlifu.

Chirurgia przestała być medycyną zewnętrzną odkąd znieczulenie ogólne umożliwiało wejście w obręb jam ciała, w pierwszym rzędzie w obręb jamy brzusznej. Początkowo obejmowała wszystkie przypadki wymagające „rękoczynów

chirurgicznych". Z czasem uległa podziałowi. Najwcześniej wyodrębniła się z niej okulistyka, z jej podstawowym zabiegiem, jakim było usuwanie zaćmy. Później odłączyła się od chirurgii ogólnej laryngologia, a następnie stomatologia. Zmiany skórne, zwłaszcza syfilityczne, należały do medycyny zewnętrznej, w przeciwieństwie do zmian występujących na skórze w chorobach gorączkowych, związanych z medycyną wewnętrzną. Stąd syfidologia była częścią chirurgii. Jeszcze w XIX wieku urologia stała się przedmiotem szczególnego zainteresowania niektórych chirurgów, zanim wyodrębniła się w osobną dziedzinę. Podobnie było z ortopedią. Odtąd powstał podział chirurgii na „twardą" i „miękką". Później nauczono się operować na otwartej klatce piersiowej, co dało początek torakochirurgii. W połowie XX wieku usamodzielniły się: anestezjologia, chirurgia dziecięca, neurochirurgia, chirurgia szczękowa etc.

Położnictwo, podobnie jak chirurgia, długi czas było w rękach doświadczonych kobiet. Gdy stało się przedmiotem uniwersyteckiego nauczania, przymuszono przyszłe położne do zdobycia jakich takich kwalifikacji. W obrębie samego położnictwa powstała nauka o chorobach kobiet, czyli ginekologia.

Najdłużej utrzymała swą jedność medycyna wewnętrzna, którą w pierwszej połowie XIX wieku nazywano patologią (co może wprowadzać dziś w błąd), a wykłady teoretyczne łączono z praktyką w klinice (nazywano ją kliniką lekarską). Z tego ogólnego działu wyodrębniły się dość wcześnie choroby dzieci, czyli pediatria, później choroby nerwowe i umysłowe, które rozdzieliły się w połowie XX wieku na neurologię i psychiatrię, dermatologia (w Wiedniu z oddziału chorych świerzbowatych),

gastrologia, ftyzjatria, która na naszych oczach przekształciła się w pulmonologię.

Jeszcze w latach powojennych istniały kliniki internistyczne, które później różnicowały się według specjalności: na kardiologiczne, hematologiczne, gastroenterologiczne, pulmonologiczne, diabetologiczne, endokrynologiczne, etc.

Podobne zmiany zachodziły w przedmiotach teoretycznych, których stale przybywało. Dziś na podstawowe wykształcenie lekarza składa się 41 przedmiotów, a studia podyplomowe oferują aż 30 specjalności.

2. Sukces czy klęska?

Podział medycyny praktycznej i wzrost specjalizacji był koniecznością. Uwarunkowana rozwojem nauki medycyna nie mogła być objęta przez jednego tylko człowieka. Nie chodzi wyłącznie o zasób wiedzy teoretycznej, ale także o umiejętności praktyczne: diagnozowanie przy zastosowaniu coraz bardziej skomplikowanej aparatury, umiejętności techniczne, znajomość środków farmakologicznych – wszystko to przekracza dziś możliwości jednego lekarza. Zanosi się na dalszy podział, ale on może prowadzić do absurdu. Poważna propozycja powołania lekarzy specjalistów „od nadciśnienia" spotkała się z żartobliwą propozycją podziału na lekarzy od ciśnienia skurczowego i od ciśnienia rozkurczowego (A. Szczeklik).

Ale prawdą jest, że przy istniejącym już teraz zróżnicowaniu, widzi się raczej chory narząd niż chorego człowieka. A przyczyną stało się „unaukowienie" medycyny. Stąd nowe próby spojrzenia na chorego człowieka jako całość; powstaje medycyna holistyczna. Jakie będą jej losy, trudno dziś orzec. Najważniejsza jest jednak świadomość: co się zyskało, co się straciło.

Jeszcze pod koniec XIX wieku (jakże odległe to czasy) pisał R. Volz:

> „Lekarz dawnych czasów wykonywał swój zawód, co jest oczywiste, według wiedzy swojego czasu [...]. Medycyna była subiektywna i tak działał lekarz, bardziej samym sobą niż wiedzą, którą posiadał [...]. Dawny lekarz był bliżej swojego chorego; aby wybadać przyczynę, musiał być psychologiem, umieć ocenić i ludzi i sytuację, aby w oparciu o nie ustalić plan leczenia [...]. Jego zadanie było może trudniejsze niż teraz – obiektem zainteresowania nie była choroba, lecz raczej chory. [...] Teraz jest inaczej: chory jest przedmiotem"[1].

W sto lat później D. Habeck wyraził to dosadniej:

> „Pacjent został zdegradowany do biernego nosiciela obiektywnych objawów; całość ciała zredukowano do poszczególnych fenomenów, czego następstwem jest utrata całościowej koncepcji"[2].

3. Powrót do ars medica

Jeden z najwybitniejszych teoretyków medycyny naszych czasów Richard Toellner, opisując oparcie medycyny na nauce, akcentuje utratę sztuki lekarskiej – *ars medica*:

> „Ta, którą od czasów Hipokratesa nauczano i której uczono się, była niczym innym, jak sztuką zastosowania wiedzy medycznej i doświadczenia lekarskiego, według stałych reguł postępowania i podejmowania decyzji, według obowiązujących norm lekarsko-etycznego działania. Leczenie jest postępowaniem, praktyką, wykonywaniem sztuki, którą lekarz posługuje się w swej codziennej pracy, mianowicie w poszczególnych przypadkach w procesie diagnostyczno-terapeutycznym, przy braku dobrej informacji, często pod naciskiem czasu, zawsze pod przymusem powzięcia decyzji, co do właściwej diagnozy i odpowiednich środków leczniczych”[3].

I tu pojawią się pierwsze zastrzeżenia co do kształcenia przyszłych lekarzy opartego na nauczaniu klinicznym, które przecież w rozwoju medycyny i jej nauczania tak poczesne znalazło miejsce. W klinice lekarz ma do dyspozycji zaplecze techniczne, może liczyć na konsultacje, a zatem dzieli odpowiedzialność. Może też uchylać się od osobistego kontaktu z pacjentem, bo za niego robią to pielęgniarki lub inny personel pomocniczy. A jeśli zdolność lekarza w podejmowaniu decyzji jest ograniczona, a jego relacja z pacjentem zubożona, to tym samym maleje jego znaczenie, a przez to medycyna idzie w kierunku, który Toellner nazywa „medycyną bez lekarza”:

> „To, co dawny lekarz w codziennym postępowaniu ze swoim pacjentem musiał udowodnić, pod groźbą swojej egzystencji, a mianowicie zdolność wczuwania się, takt, zdolność rozumienia indywidualnych właściwości osoby, okoliczności życia, historii swego pacjenta, wrażliwości na jego obawy i nadzieje, słabe i mocne jego strony, chęć pomocy i gotowość leczenia, krótko: zróżnicowaną znajomość człowieka, połączoną z mądrością życiową i miłością człowieka, coraz bardziej zanika z pola widzenia medycyny”[4].

A współczesnej medycynie tego właśnie najbardziej potrzeba. Przypomnijmy, co ponad sto lat temu pisał nasz najwybitniejszy

lekarz i filozof Władysław Biegański. On również powoływał się na Hipokratesa i odnosił się do najistotniejszych wartości lekarskiego działania. A o nauczycielach medycyny pisał: „Nie tylko wiedzę powinni wpajać w swoich słuchaczów, lecz i ludzki, oparty na współczuciu i miłości bliźniego sposób postępowania z chorymi”[5].

Zwróćmy uwagę, że w ten sposób stajemy znów u początków medycyny, która przecież zrodziła się ze współczucia, jako znamiennej cechy *homo sapiens.* Można by zatem powtórzyć za Koheletem (3, 15):

To, co jest, już było

A to, co ma być kiedyś, już jest.

Bóg przywraca to, co przeminęło…

Bo pewne wartości są ponadczasowe.

Przypisy

[1] Cyt. za: D. Habeck, *Ausbildung zum Arzt und Einheit der Medizin*, [w:] *Ars medica. Verlorene Einheit der Medizin?*, Hrg. P. Kröner, T. Rütten, K. Weismann, U. Wiesing, Gustav Fischer Verlag, Stuttgart, Jena, New York 1995, s. 175.

[2] Tamże, s. 175.

[3] R. Toellner, *Das Verhältnis von ärztlichen Kunst und medizinischer Wissenschaft: Anmerkungen zu einer vergessenen, aber dringend zu erneuernden Diskussion*, Leopoldina, Mitteilungen der Deutschen Akademie der Naturforscher Leopoldina 1987, R. 33, s. 175.

[4] Tamże, s. 175.

[5] W. Biegański, *Myśli i aforyzmy o etyce lekarskiej*, Warszawa 1899, s. 50.

W. Biegański, *Myśli i aforyzmy o etyce lekarskiej*, Warszawa 1899

XXX. Przykład idzie zawsze z góry. Zauważyłem, że w tych oddziałach szpitalnych, gdzie ordynatorowie obchodzą się delikatnie i po ludzku z chorymi, niższa służba szpitalna (felczerzy i posługacze) podobnież traktują chorych; przeciwnie, opryskliwość i szorstkość ordynatorów sprowadza złe traktowanie chorych przez służbę.

XXXI. Skąd lekarz ma dziś czerpać ideały etyczne? Jako uczeń medycyny widzi w klinikach i szpitalach tylko bałwochwalczą cześć dla wiedzy, erudycji i ciekawych przypadków; jako lekarz, spotyka w praktyce bezwzględną gonitwę za groszem, zawiść i walkę o byt. Wśród takich warunków nawet najgorętsza dusza wystygnąć musi.

XXXIX. Pewien stary lekarz takie mi dawał rady w początkach mojej praktyki:

Nie będziesz miał zaufania chorego, jeżeli nie będziesz mu współczuł, gdyż człowiek nigdy nie powierza najdroższego swego skarbu, życia, osobie, której życzliwości nie jest pewien.

Nie będziesz miał zaufania chorego, jeżeli go dobrze nie zbadasz i skarg jego szczegółowo nie wysłuchasz, gdyż chory nie będzie wierzył, żeś znał jego dolegliwości.

Nie będziesz miał zaufania chorego, jeżeli rad swych stanowczo i bez wahania nie wypowiesz, gdyż chory nigdy nie uwierzy w to, czego ty sam nie jesteś pewien.

XXXV. Gdyby mnie kto dziś zapytał, jakie cnoty uważam za najważniejsze dla lekarza, odpowiedziałbym bez wahania: ludzkość, sumienność i stanowczość.